青森県立青森第一高等養護学校

令和７年度　入学相談申込書

（この用紙のみを送信してください）

※電話番号の間違いや裏面の送信にご注意ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送　信　日 | 令和　　年　　月　　日 | |
| 送　信　先 | 青森県立青森第一高等養護学校  教　諭　　間　山　美　通　宛  ＦＡＸ：０１７－７８８－０５３９ | |
| 発　信　者 | 所　属（学校名等）  氏　名  連絡先（電話番号）  　　　 （ＦＡＸ） | |
| 来　校　者 | | |
| ふりがな  来校者氏名  （保護者・担当者等）  ※本人(生徒)名は記入しないでください。  ※保護者は名字のみ記入してください。 |  | 本人との関係 |
| ふりがな  来校者氏名  （保護者・担当者等）  ※本人(生徒)名は記入しないでください。  ※保護者は名字のみ記入してください。 |  | 本人との関係 |
| 入学相談希望日時① | 月　　日（　）　　：　　　～ | |
| 入学相談希望日時② | 月　　日（　）　　：　　　～ | |
| 入学相談希望日時③ | 月　　日（　）　　：　　　～ | |
| 質問・要望等がありましたらご記入ください。 | | |

　※入学相談に要する時間は４０分程度を予定しています。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※本校担当より確認のための連絡をいたします。