

令和8年度 オープンキャンパス参加申込書

(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 先	青森県立青森第一高等養護学校 教諭 間山 美通 宛 F A X : 0 1 7 - 7 8 8 - 0 5 3 9
発 信 者	所 属 (学校名等) _____ 氏 名 _____ 連絡先 (電話番号) _____ (F A X) _____

参 加 者

No	所属		ふりがな 生徒名字 ※名字のみ	保護者の参加 (該当に○)	3日、6日、10日参加 の場合は、希望を記入 ください (希望なしの 場合は空欄)		二高養見学 参加の方は 「0」をし てください	肢体 不自由 対象 会場希望 (両方可)
	学年	学級 (該当に○)			第1希望日	第2希望日		
1	通常	特別支援 (肢/知/自・情緒)		有・無 (参加 名)	第1希望日	第2希望日		本校 ・ 石江分教室
2	通常	特別支援 (肢/知/自・情緒)		有・無 (参加 名)	第1希望日	第2希望日		本校 ・ 石江分教室
3	通常	特別支援 (肢/知/自・情緒)		有・無 (参加 名)	第1希望日	第2希望日		本校 ・ 石江分教室
4	通常	特別支援 (肢/知/自・情緒)		有・無 (参加 名)	第1希望日	第2希望日		本校 ・ 石江分教室
5	通常	特別支援 (肢/知/自・情緒)		有・無 (参加 名)	第1希望日	第2希望日		本校 ・ 石江分教室
教育関係者		(職・氏名)		該 当 に ○	生徒引率・職員のみ			
教育関係者		(職・氏名)			生徒引率・職員のみ			
教育関係者		(職・氏名)			生徒引率・職員のみ			
参加者合計		生徒 _____ 名 保護者 _____ 名 教育関係者 _____ 名 合計 _____ 名						

質問・要望等がありましたらご記入ください。

※本校担当より生徒情報等の確認のため連絡をいたします。

【締め切り：6月12日(金)】