

県立鹿児島特別支援学校『学校見学会』参加申込書

申込期間：5/11(月)～5/29(金)

FAX 099-243-6107

- どの学部の説明、見学・参観を希望されますか。(該当に○をつけてください。)

小学部 () 6/18実施	中学部 () 6/16実施	高等部 () 6/17実施
※ 対象学部で実施日が異なります。御確認ください。		

- 今回の参加者について (該当に参加人数を記入してください。)

子供の参加 () 人	保護者(大人)の参加 () 人
-------------	------------------

- 保護者の場合は、こちらに御記入ください。

(ふりがな)		性別	生年月日・年齢
お子さんの氏名			年 月 日生(歳)
(ふりがな)		連絡先	
保護者氏名		() - () - ()	
現住所	〒 (-)		
お子さんの所属	_____ 保育園・幼稚園・こども園		
療育等	_____		
学校名等をご記入 いただき、当てはま るところに○をし てください。	_____ 小学校・中学校 第 _____ 学年		
	(通常の学級 特別支援学級：知的・肢体・情緒)		
	その他 _____		
	担任・担当 _____ 連絡先 _____		
手帳	療育手帳：有 () ・無 身障者手帳：有 () ・無		

- お子さんの様子について気になっていることや配慮してほしい点等ありましたら、お書きください。

--

- 関係者(療育機関等で働いている方)の場合は、こちらに御記入ください。

(ふりがな)		所属機関名	
関係者氏名 (代表)		参加人数	人(代表者含む)
所属機関住所	〒 (-)		
	連絡先 () - () - ()		

※ 申し込み後、参加できなくなった場合は、お知らせください。

※ 上記の個人情報につきましては、今回の就学に関わる業務以外では使用しません。
担当 中学部：小薄