

誤送信 注意！
番号の確認を！

送 信 票 1

(FAX : 0 9 9 7 - 6 2 - 3 7 9 1 鹿 児 島 県 立 大 島 特 別 支 援 学 校 宛)

保 護 者 用

令 和 5 年 度 「 学 校 見 学 会 」 参 加 申 込 書

◇ どの学部の参加を希望されますか。(数字を○で囲んでください。期日に注意！)			
1 小学部 6月7日(水) 2 中学部 6月6日(火) 3 高等部 6月2日(金)			
ふりがな		性別	生年月日(歳)
お子さんの氏名			平成 年 月 日生 (歳)
現在の保育・教育の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> ()保育園(所)・幼稚園・園 <input type="checkbox"/> ()学校 ()年 [通常の学級 ・ 特別支援学級] <input type="checkbox"/> その他療育施設等 ()		
ふりがな		連絡先 電話番号	
保護者氏名		() -	
現住所	〒 (-)		
参加する保護者等	※参加される方は付き添いも含めて全員御記入ください。		
	続柄 ()	続柄 ()	
	続柄 ()	続柄 ()	
◇ 教育相談を希望されますか。(数字を○で囲んでください。)			
1 希望しない 2 希望する			
◇ 教育相談を希望される方は、主な相談内容をお書きください。			
()			

※ 別紙の「お子さんの様子」(送信票2)も御記入ください。

※ 参加申込書の内容は、学校見学会以外では使用しません。

※ 不明な点については御連絡ください。[TEL : 0997-62-3050] 担当 : 谷口

**誤送信 注意！
番号の確認を！**

送 信 票 2

FAX：0997-62-3791 鹿児島県立 大島特別支援学校 宛)

お 子 さ ん の 様 子

お子さんの氏名： _____

学校見学会時の参考とします。お子さんの発達の状況や生活の様子等について、差し支えない範囲でお知らせください。また、当日、配慮や支援を要することについては、詳しくお書きください。（電話でお知らせいただいても結構です。）

◇ 疾病や障害等について（発作等の有無）

◇ ことばの理解（意思表示や指示理解等）や学習面について

◇ 身辺処理（排せつ、着替え等）について

◇ 対人関係や集団行動等について

◇ 移動や運動等について

◇ お子さんの好きな（得意な）活動、遊び等について ※興味・関心の高いもの

◇ 配慮や支援を要することについて

※ 参加申込書の内容は、学校見学会以外では使用しません。

※ 不明な点については御連絡ください。 [TEL：0997-62-3050] 担当：谷口

送 信 票

誤送信 注意！
番号の確認を！

(FAX : 0 9 9 7 - 6 2 - 3 7 9 1 鹿児島県立大島特別支援学校 宛)

施設職員，教育・療育関係者用 令和5年度「学校見学会」参加申込書

◇ 日時	
1 小学部 6月 7日(水)	} 9:00~12:00
2 中学部 6月 6日(火)	
3 高等部 6月 2日(金)	

施設 教育・療育 等名		
参加者氏名 及び 見学希望学部	(代表者)	希望学部 (小・中・高)
		希望学部 (小・中・高)
		希望学部 (小・中・高)
住所・連絡先	〒 ()	
	TEL () — () — ()	
備考及び連絡欄		

- ※ 参加申込書の内容は，学校見学会以外では使用しません。
- ※ 不明な点については御連絡ください。 教頭 [TEL : 0997-62-3050]
- ※ 関係機関等の参加者は，感染症拡大防止対策のため2人までとさせていただきます。

誤送信 注意！
番号の確認を！