

【見学先】徳之島支援教室(徳之島高校内) TEL 0997-82-1850 担当 永田

※ 日程等について支援教室担当職員と調整した後、本校、支援教室の両方に送信してください。

(FAX 送付状不要)

令和8年度 大島特別支援学校(徳之島支援教室) 学校見学申込書

(申込日) 令和 年 月 日

鹿児島県立大島特別支援学校長 殿

申請者(所属名) _____

(御担当者名) _____

下記のとおり 学校見学を申し込みます。

所属名		
連絡先 電話・FAX	電話	FAX
(ふりがな) 参加者氏名 幼児児童生徒 及び 保護者	() 氏名 _____ 年齢 _____ 歳 年長・小学生 () 年 中学生 () 年	保護者 参加される方全員御記入ください。
職員名 参加される方 全員御記入く ださい。	職名 _____ 氏名 _____	職名 _____ 氏名 _____
	職名 _____ 氏名 _____	職名 _____ 氏名 _____
見学日	令和 年 月 日 (曜日) : ~ :	
御質問 御要望等		

大島特別支援学校(担当 寺原)FAX: 0997-62-3791

徳之島支援教室(担当 永田)FAX: 0997-82-1851