

年 月 日

学校説明会(視覚障害教育部門・聴覚障害教育部門) 参加申込書

神奈川県立相模原中央支援学校
FAX 042-768-8519
sagamiharachuo-sh@pen-kanagawa.ed.jp

| | | |
|--------------------|------------------------|-----|
| 希望部門 (○で囲む) | 視覚障害教育部門 聴覚障害教育部門 | |
| 幼児・児童・生徒氏名 | | |
| 在籍学校・園名 (学年・年齢) | | |
| 連絡先 | TEL | FAX |

| 参加希望日 ○をつけて ください | 小学部・中学部 | | 幼稚部 | |
|------------------------|---------|----------|----------|----------|
| | 9月4日(金) | 9月10日(木) | 9月11日(金) | 10月1日(木) |
| 参加予定 人数 | 人 | 人 | 人 | 人 |

申し込みいただいた個人情報について、本事業の運営上必要な目的以外での使用をしません。
また、事業実施後は、すみやかに破棄します。

締切 7月29日(水)

担当者：視覚・聴覚部門

のげ おおつが
野毛、大塚