|  |
| --- |
| **相模原中央支援学校****電話　　042-768-8510****FAX 　042-768-8519****Mail**hear-chuohsien-sh@pen-kanagawa.ed.jp |

**令和６年度　相模原中央支援学校**

**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**

|  |  |
| --- | --- |
| **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・児童氏名** |  |
| **在籍学校・園名****（学年・年齢）** | **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **連絡先** | **TEL** | **FAX** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **参加希望日****参加人数を御記入ください** | **小学部・中学部** | **幼稚部** |
| **6月６日（木）** | **6月１3日（木）** | **6月7日（金）** | **10月１日（火）** |
| **本　　人　　　　名****保護者　　　　名** | **本　　人　　　　名****保護者　　　　名** | **本　　人　　　　　名****保護者　　　　　名** | **本　　人　　　　　名****保護者　　　　　名** |

**※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、実施後は、すみやかに破棄します。**

**担当者：視覚障害教育部門　　保村**

**担当者：聴覚障害教育部門　　浅井**