

【FAX送信票】

※参加者人数の調整を行うため、申し込み締め切り8月25日(水)
厳守でお願いします。

送信先	長崎大学教育学部附属特別支援学校 FAX: 095-845-0521 TEL: 095-845-5646
件名	令和3年度 体験入学申し込みについて
送付日	令和3年 月 日
送信者	所属所名 _____ 氏名 _____ TEL _____

体験入学の希望日を御記入ください。(参加者人数の調整を行うため御記入ください)

【小学部】9月13日(月)、17日(金)、21日(火)

【中学部、高等部】9月14日(火)、17日(金)、21日(火)

第1希望日	令和3年9月 _____ 日
第2希望日	令和3年9月 _____ 日
第3希望日	令和3年9月 _____ 日

体験希望の学部 (いずれかに○を記入してください)

小学部	中学部	高等部

参加者氏名	所属(幼稚園、保育園、学校名等) 連絡先(電話番号など)	備考 (○をお付けください)
		お子様の学年 (幼稚園、保育所、認可: 年長) (小学校、中学校: 学年 年) (小学部、中学部: 学年 年) (高等学校、高等部: 学年 年)
		保護者・担任
		保護者・担任