

## 【 F A X 送信票 】

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4年度 オープンスクール申し込みについて
送付日	令和4年      月      日
送信者	所属所名 _____ 氏 名        _____ T E L        _____

参加者氏名	所 属 連絡先(電話番号など)	希望日 (いずれかに○をつけてください)	備 考 (○をお付けください)
		7月11日 7月12日 7月13日	保護者・担任・福祉関係・その他 お子様の学年(差し支えなければご記入ください) (幼稚園、保育所、認可：年少・年中・年長) (小学校、中学校：学年      年)
		7月11日 7月12日 7月13日	保護者・担任・福祉関係・その他 お子様の学年(差し支えなければご記入ください) (幼稚園、保育所、認可：年少・年中・年長) (小学校、中学校：学年      年)
		7月11日 7月12日 7月13日	保護者・担任・福祉関係・その他 お子様の学年(差し支えなければご記入ください) (幼稚園、保育所、認可：年少・年中・年長) (小学校、中学校：学年      年)