

【 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 学校公開参加申し込みについて
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)	備 考 (○をお付けください)
		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)
		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)
		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)