

## 【FAX送信票】

※申し込み締め切り 9月5日（月） 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4年度 体験入学申し込みについて
送付日	令和4年      月      日
送信者	所属所名 _____ 氏名 _____ T E L _____

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

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、いずれかに○を記入してください）

第1希望日	9月13日	9月15日	
第2希望日	9月13日	9月15日	

※新型コロナウイルス感染症対策のため、9月13日（火）、15日（木）ともに人数制限をして実施します。本校で設定した上限人数を超える場合は別日に体験入学を調整させて頂く場合があります

ふりがな	
氏名（お子様）	（男・女）
お子様の所属校園	学年（      ）
ふりがな	
保護者・担任 氏名	
ふりがな	
保護者・担任 氏名	