

【FAX送信票】

※申し込み締め切り9月4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
件名	令和5年度 体験入学申し込みについて
送付日	令和5年 月 日
送信者	氏名 _____

保護者氏名	
(フリガナ) お子様の氏名	(男 ・ 女)
所属校名	
学年	年長 ・ 小6 ・ 中1 ・ 中3 ・ 高1
連絡先 (電話)	

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

※9月13日(水)、15日(金)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。

当日の引率者名①	(保護者 ・ 担任)
当日の引率者名②	(保護者 ・ 担任)
当日の引率者名③	(保護者 ・ 担任)