

【FAX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7年度 オープンスクール申し込みについて
送付日	令和7年 月 日
送信者	所属所名 _____ 氏名 _____ TEL _____

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 8日 7月 9日 7月11日	保護者・担任・福祉関係・本人・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 8日 7月 9日 7月11日	保護者・担任・福祉関係・本人・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 8日 7月 9日 7月11日	保護者・担任・福祉関係・本人・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)