

【FAX送信票】

※申し込み締め切り 8月26日（水）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8年度 体験入学申し込みについて
送付日	令和8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、第3希望まで○をしてください)

第1希望日	9月14日	9月15日	9月16日
第2希望日	9月14日	9月15日	9月16日
第3希望日	9月14日	9月15日	9月16日

※9月14日(月)、9月15日(火)、9月16日(水)のいずれにおいても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。
申し込みを早くされた方から優先的に日程を調整させていただきます。

当日の引率者（保護者）①	
当日の引率者（保護者）②	