

令和2年度 沖縄県立名護特別支援学校

中学部 体験入学 申し込み票 (FAX送信票)

FAX送信日：令和2年 月 日

1	所属校名	
2	校長・園長名	
3	電話・FAX番号	電話： FAX：
4	FAX送信者	

☆中学部での体験希望者

No.	ふりがな 児童生徒名	性別	学級	学年	担任氏名	体験希望日 ※希望順に数字(1~3)を記入して下さい
1						( ) 10月6日(火) ( ) 10月7日(水) ( ) 10月8日(木) ( ) どちらでもよい
2						( ) 10月6日(火) ( ) 10月7日(水) ( ) 10月8日(木) ( ) どちらでもよい
3						( ) 10月6日(火) ( ) 10月7日(水) ( ) 10月8日(木) ( ) どちらでもよい
4						( ) 10月6日(火) ( ) 10月7日(水) ( ) 10月8日(木) ( ) どちらでもよい

※学級→通常学級、特別支援学級（知的・肢体・病弱等）を記入して下さい。

※備考

※申し込み締め切り日：9月14日（月）16：00まで

※FAX：0980-54-1486(本票のみ送信して下さい)

TEL：0980-52-0505

担当者：政 貴之（つかさ たかゆき）