

令和3年度 沖縄県立名護特別支援学校

小学部

体験入学 申し込み票 (FAX送信票)

FAX送信日：令和3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	

小学部での体験希望者

No.	ふりがな 幼児児童名	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						() 7月6日(火) () 7月7日(水) () 7月8日(木) () どちらでもよい
2						() 7月6日(火) () 7月7日(水) () 7月8日(木) () どちらでもよい
3						() 7月6日(火) () 7月7日(水) () 7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：6月17日(木) 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：長濱 勝志(ながはま かつし)