

「志願前相談・授業見学及び教育課程説明会」FAX送信票

送信年月日 平成 30 年 月 日()

【宛先】

所属	県立名護特別支援学校 高等部入試係
FAX	0980-54-1486
担当者	石嶺八重子 大城あゆみ 宛て
件名	平成30年度 高等部「志願前相談及び授業見学」申し込みについて

学校名		【 】 中学校	
ふりがな 生徒名	ふりがな 保護者名	希望日時 希望日と「午前か午後」に○をご記入下さい。	
1		第1	11月() 日< 午前・午後 >
		第2	11月() 日< 午前・午後 >
2		第1	11月() 日< 午前・午後 >
		第2	11月() 日< 午前・午後 >
3		第1	11月() 日< 午前・午後 >
		第2	11月() 日< 午前・午後 >
4		第1	11月() 日< 午前・午後 >
		第2	11月() 日< 午前・午後 >
5		第1	11月() 日< 午前・午後 >
		第2	11月() 日< 午前・午後 >
6		第1	11月() 日< 午前・午後 >
		第2	11月() 日< 午前・午後 >
<相談実施日> 11月12日(月)午前(9:00~12:25)午後(12:45~15:30) 11月14日(水)午前(9:00~12:25)午後(12:45~15:30)			
担任・担当者名			
<特記事項> 			

★本票提出を受け、日程調整を行います。調整後、各学校へFAXにてご連絡いたします。

※申し込み締め切り 9月28日(金)17時 本票のみを送信して下さい。