

「志願前相談・授業見学及び教育課程等説明会」FAX送信票

送信年月日 令和元年 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	大城あゆみ 仲皿杏子 宛て
件名	令和元年度 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11日(月)午前(9:00~12:25)午後(12:45~15:30) 11月13日(水)午前(9:00~12:25)午後(12:45~15:30) 11月15日(金)午前(9:00~12:25)				
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27日(金)17時 本票のみを送信して下さい。