

本票のみを送信してください

## FAX送信票

# 志願前相談説明会 申込書

【宛先】

名護特別支援学校 高等部入試係  
担当者:松田清嗣 赤嶺健二あて  
FAX 0980-54-1486

送信年月日 令和 7年 月 日( )

〈相談実施日〉 15:30~17:00  
10月1日(水)、10月2日(木)、10月7日(火)、10月8日(水)、10月9日(木)

学校・施設名

電話番号

FAX番号

	ふりがな 生徒氏名	ふりがな 保護者氏名	希望日時 ※第2希望まで記入		ふりがな 担任・担当者名
			第1	第2	
記入例	なご とくろう 名護 特郎	なご はなこ 名護 花子	第1 10月 1 日	第2 10月 7 日	くにがみ たろう 国頭 太郎
1			第1 10月 日	第2 10月 日	
2			第1 10月 日	第2 10月 日	
3			第1 10月 日	第2 10月 日	
4			第1 10月 日	第2 10月 日	
5			第1 10月 日	第2 10月 日	
6			第1 10月 日	第2 10月 日	
7			第1 10月 日	第2 10月 日	

★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 8月28日(木)16時 ご協力よろしく申し上げます。