

様式 1

平成31年度（令和元年度）沖縄県立名護特別支援学校  
体験入学 申し込み票（FAX送信票）

FAX送信日：令和元年 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（優先順位に番号を記入して下さい） ※記入がない場合には、
1						<input type="checkbox"/> 10月16日(水) <input type="checkbox"/> 10月17日(木) <input type="checkbox"/> どちらでもよい
2						<input type="checkbox"/> 10月16日(水) <input type="checkbox"/> 10月17日(木) <input type="checkbox"/> どちらでもよい
3						<input type="checkbox"/> 10月16日(水) <input type="checkbox"/> 10月17日(木) <input type="checkbox"/> どちらでもよい
4						<input type="checkbox"/> 10月16日(水) <input type="checkbox"/> 10月17日(木) <input type="checkbox"/> 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10日（火）16：00まで  
※FAX番号：0980-54-1486（本票のみ送信して下さい）