FAX 送信票

FAX:027-326-8471（担当　岡田）

※この用紙のみご送付ください。

群馬県立高崎特別支援学校　学校参観申し込み書

〇参観希望日　　令和３年　　月　　日(　　)

＊未就学児のお子様の参加を御希望の方は、個別に日程を調整します。候補日を3日ほど御記入ください。(　　)

〇参観希望時間　(　　)に第1～第3希望まで数字で御記入ください。

(　　)①10:00～　(　　)②10:40～　※高等部対象のみ　(　　)③11:20～

〇所属(園、学校名等)

	ふりがな お子様氏名	お子様の参加	ふりがな 参加者氏名	所属(園・学校名)	学年	居住地	連絡先	個別相談希望 ※人数制限あるため要相談	寄宿舎参観希望(第3、4回のみ)
1									
2									
3									
4									
5									
6									