

県立神戸聴覚特別支援学校 教頭 伊藤 義彦 行

授業体験 DAY 参加申込書

所属( ) 学校・園・学園

担当者名( ) 連絡先(TEL FAX )

参加希望日 (希望学部にご希望の○をお願いします)

6月20日(月) 6月21日(火)  
 保育相談部・幼稚部・小学部 中学部・高等部  
 体験希望学年( )年 体験希望学年( )年

(1) 参加される幼児・児童・生徒・保護者名記入欄

(ふりがな) 幼児・児童・生徒名 生年月日	学 年	療育手帳 の有無	引率保護者名	中学部の懇談を希 望される方は○を
( ) 平成 年 月 日生まれ		有・無		
( ) 平成 年 月 日生まれ		有・無		
( ) 平成 年 月 日生まれ		有・無		
( ) 平成 年 月 日生まれ		有・無		

代表者のお名前( ) 緊急連絡先(TEL )

\*気象警報発令等のため中止になる場合など、緊急の場合に代表の方にお電話します。

(2) 職員、保護者または他の関係者のみで参加される場合の記入欄 (引率担任のお名前もここにお書き下さい。)

参加者名	中学部の懇談を希 望される方は○を

**授業体験 DAY 用**  
 締切 6月1日(水)  
 FAX 078-709-0371  
 送信票は不要です。本紙のみ送信してく  
 ださい。  
 メール (教頭 伊藤義彦 宛)  
 Yoshihiko\_Itou@pref.hyogo.lg.jp