令和４年　　月　　日

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（希望学部に〇をお願いします）　　 **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〇を |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　）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。）

**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

|  |  |
| --- | --- |
| 参加者名 | 中学部の懇談を希望される方は〇を |
|  |  |
|  |  |
|  |  |