令和３年　　月　　　日

県立神戸聴覚特別支援学校　教頭　伊藤　義彦　行

**「令和３年度授業体験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（希望の日に〇をお願いします）　　 **６月２３日（水）**　　 　　　　**６月２４日（木）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 **保育相談部・幼稚部・高等部　 　小学部・中学部**

（１）幼児・児童・生徒と保護者で参加される方用

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）幼児・児童・生徒名生年月日 | 学年 | 身障者手帳の等級 | 療育手帳の等級 | 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 |  | 　種　級 |  |  |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　）平成　　　年　　　月　　　日生まれ |  | 種　級 |  |  |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　）平成　　　年　　　月　　　日生まれ |  | 種　級 |  |  |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　）平成　　　年　　　月　　　日生まれ |  | 種　級 |  |  |  |

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方用（担任で引率される方もお書きください。）

**授業体験DAY用**

FAX　０７８－７０９－０３７１

送信票は不要です。本紙のみ送信してください。

※締め切り５月３１日（月）

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