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年度オープンスクール参加申込書**

　　参加希望日（希望の日に〇をお願いします）　　 **９月２７日（月）**　　 　　**９月２８日（火）**

|  |  |
| --- | --- |
| 代表者お名前 |  |
| ご住所 | ※市（区）町村の記入をお願いします（番地不要） |
| 法人名団体名（学校名） | ※個人でお申し込みの場合は記入不要 |
| TEL | FAX |
| E-mail |  |

　その他、同行（参加）される方のお名前

**オープンスクール用**

**FAX　０７８－７０９－０３７１**

※締め切り９月１３日（月）

・送信票は不要です。

・本紙のみ送信してください。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |