

**平成30年度 長崎特別支援学校  
第2回学校説明会及び教育相談参加申込書**

ふりがな 氏名	該当者を○で囲む	自宅連絡先 住所、電話番号及びFAX番号
	【所属】 (該当クラスを○で囲む)	
(例) ながさき はなこ 長崎 花子	○(本人) 保護者 関係者	長崎市桜木町6-41  TEL 095-827-6619 FAX 095-827-6624
	【所属】 桜木保育園  (年少 年中 ○(年長))	
(例) ながさき たろう 長崎 太郎	本人 ○(保護者) 関係者	同上  TEL FAX
	【所属】  (年少 年中 年長)	
	本人 保護者 関係者	TEL FAX
	【所属】  (年少 年中 年長)	
	本人 保護者 関係者	TEL FAX
	【所属】  (年少 年中 年長)	
	本人 保護者 関係者	TEL FAX
	【所属】  (年少 年中 年長)	

\*所属については、本人が通っている園、学校名を御記入ください。  
また、関係者の場合は、関係機関名を御記入ください。 申し込み締め切り日 9月21日(金)

※希望の有無について、( )に○を御記入ください。

●教育相談 ( ) 希望する  
→主な相談内容 ( )  
( ) 希望しない

●給食見学 ( ) 希望する  
( ) 希望しない

<p>【郵送及びファックス先】          教頭 松田 竜司 宛て          〒850-0835 長崎市桜木町6番41号 長崎県立長崎特別支援学校          FAX 095-827-6624</p>
--