

<別紙様式>

F A X 送信票

送信先	長崎県立ろう学校 〒856-0807 大村市宮小路3丁目5番5 FAX 0957-55-5410					
送付日	令和 4 年 月 日					
送信者	学校名	TEL	-	-	担当者	職名 氏名

令和4年度学校説明会参加申込書

ふりがな 氏名	所属 (該当のところを○で囲む)	希望学部 (○で囲む)	初回 来校者 (○)	補聴器等 相談 (○×)	教育相談 (○×)	寄宿舍 見学 (○×)	手話通訳 (○×)
	幼児児童生徒・保護者・職員 (年齢・学年・職名：)	幼 小 中 高					
	幼児児童生徒・保護者・職員 (年齢・学年・職名：)	幼 小 中 高					
	幼児児童生徒・保護者・職員 (年齢・学年・職名：)	幼 小 中 高					
	幼児児童生徒・保護者・職員 (年齢・学年・職名：)	幼 小 中 高					
	幼児児童生徒・保護者・職員 (年齢・学年・職名：)	幼 小 中 高					

※これまで本校で教育相談などなく、初めてろう学校に来られる方は「初回来校者」欄に○をお願いします。
聴力測定にご協力ください。その他は任意になりますので、希望があれば○をお願いします。教育相談、寄宿舍
見学は説明会終了後に行いますので、希望者多数の場合には時間帯などご相談させていただく場合があります。

質問事項等がありましたらお書きください。また、補聴器等相談、教育相談を希望される方は、簡潔に相談内容をお
書きください。

--

※恐れ入りますが準備のために、**9月28日(水)**までに参加申込みをお願いします。

なお、参加の希望がない場合は、回答は不要です。

※中止の場合には、希望者のみ教育相談を実施します。こちらから中止の連絡と教育相談希望の有無について
お尋ねいたします。