

<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 8 年 月 日			
送信者	学校名	TEL	- -	担当者 職名 氏名

令和8年度「来て 見て ろう学校」(学校公開)参加申込書

ふりがな 氏名	所属 (該当のところを○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:)					
	幼児児童生徒・保護者・職員 (年齢・学年・職名:)					
	幼児児童生徒・保護者・職員 (年齢・学年・職名:)					
	幼児児童生徒・保護者・職員 (年齢・学年・職名:)					
	幼児児童生徒・保護者・職員 (年齢・学年・職名:)					

※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○を記入し、当日は聴力測定に御協力ください。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が、希望者多数の場合には時間帯など御相談させていただきます。

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、**6月1日(月)**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。