

【FAX送信票】

※送り状は不要です

送信先：長崎県立桜が丘特別支援学校 教頭 田添 昌代 宛

Fax: 0956-82-4400 郵送：〒859-3615 長崎県東彼杵郡川棚町下組郷386-2

令和8年度 第2回学校説明会 参加申込書

児 童 ・ 生 徒 氏 名	ふりがな	性 別
		男 ・ 女
所 属	・ 立 学校 年生 【通常学級 通級 特別支援学級（知）（肢体）（病弱）（情緒）】	
	・ 特別支援学校 学部 年生	
	*小学校・中学校・特別支援学校 以外の場合はこちらに御記入ください。	
	所属電話番号又は保護者電話番号	
参加・参加者氏名 *該当に○を付けてください。 *保護者・関係者の方は（ ）に 氏名を御記入ください。	希望学部（ 小学部 ・ 中学部 ・ 高等部 ）	
	本 人（ 参加 ・ 不参加 ）	
	保護者（ 参加 ・ 不参加 ）（氏名： ）	
	関係者（ 参加 ・ 不参加 ）（氏名： 関係： ）	
自家用車利用の有無	あり（ 台 ） ・ なし	
教 育 相 談 の 希 望 *該当に○を付けてください。	希望する ・ 希望しない	
	教育相談の内容（希望する場合に御記入ください。）	
そ の 他 *教育相談以外で質問事項等がありましたら御記入ください。		

※ 受付の締め切りは、8月28日（金）です。

※ 児童生徒1名につき1枚ずつで申込みをお願いします。複数名の申込みがある場合は、参加申込書をコピーしてお使いください。

※ 保護者のみの参加の場合も、お子様の氏名・所属・学年を必ず御記入ください。