

F A X 送 信 票

宛て先	長崎県立大村特別支援学校 教頭 岡田 行き
送信者	
送信日	令和7年 月 日

令和7年度 学校公開参加申込書

氏 名 <small>参加される方全員、記入してください。</small>	所 属 <small>該当するところを○で囲み、お子様の場合は年齢または学年を記入してください。</small>	住所・電話番号等	教育 相談 希望	相談内容 <small>希望される場合は、相談内容を簡単に御記入ください。</small>
	保護者 関係者 所属名 () ※対象児童生徒の年齢または学年 ()	住所 TEL	有 ・ 無	
	保護者 関係者 所属名 () ※対象児童生徒の年齢または学年 ()	住所 TEL	有 ・ 無	
	保護者 関係者 所属名 () ※対象児童生徒の年齢または学年 ()	住所 TEL	有 ・ 無	

■質問事項等ありましたら、御記入ください。

※6月9日(月)までにお申し込みください。

問い合わせ先：長崎県立大村特別支援学校(教頭:岡田)
〒856-0835 長崎県大村市久原2丁目1418番地2
TEL 0957-52-6312
FAX 0957-53-4302