

令和8年度 長崎特別支援学校「学校公開」

参加申込書

事業所等名					
ふりがな 代表者氏名					
連絡先					
来校予定日・人数	6/29(月) ()名	6/30(火) ()名	7/1(水) ()名	7/2(木) ()名	7/3(金) ()名
自家用車利用の有無 (○を付けてください)	有 ()台 無	有 ()台 無	有 ()台 無	有 ()台 無	有 ()台 無

質問等あれば御記入ください。

--

- ※ 6月5日(金)までに、FAXまたは郵送・お電話にてお申込みください。
- ※ 学校から期日の指定は行いませんので、御記入された来校予定日にお越してください。
ただし、来校者多数の場合は、人数調整、時間調整をお願いすることもあります。

<p>【お申し込み先】 〒850-0835 長崎市桜木町6番41号 長崎県立長崎特別支援学校 TEL 095-827-6619 FAX 095-827-6624 担当：教頭 網代 比呂恵</p>
