

(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番号：0956-82-4400

郵送先：〒859-3615 東彼杵郡川棚町下組郷386-2

令和8年度 第1回学校説明会 参加申込書

幼児・児童・生徒氏名	ふりがな	性別
		男・女
所 属	年齢・学年 () 歳 年少・年中・年長・ () 年生	
	所属園・学校名	
	所属電話番号	
	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。	授業参観希望学部 (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:)	
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。 *希望される場合は、相談内容を 御記入ください。 *人数の都合により、お断りする こともあります。	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、6月5日(金)です。

※ 幼児・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。