

体験学習会参加申込書
F A X 送 信 票
(F A X 0 2 4 - 5 3 3 - 2 4 7 0)

福島県立視覚支援学校 宛

園・学校名

担当者職・氏名

連絡先電話

令和7年度福島県立視覚支援学校体験学習会に下記のとおり参加します。
記

- 1 参加学部
*いずれかを○で囲んでください。
(小 ・ 中) 学部 体験学習会：7月8日(火)

2 参加者氏名

参加者	氏 名
ふりがな 本人氏名	(年齢 歳 学年)
ふりがな 保護者名	(本人との関係)
関係機関職員	所属 ()
	職名 () 氏名 ()

- 3 相談等の希望について ※いずれかを○で囲んでください。
個別相談の希望 (有 ・ 無) 寄宿舍見学の希望 (有 ・ 無)

- 4 体験学習会を通して、特に知りたい内容や就学や進学に向けて心配なことについて御記入ください。

(例：補助具の活用の仕方について相談したい、寄宿舍について知りたい など)

※電話やメールでの申し込みの場合は、上記の内容について漏れなくお知らせください。