

学校説明会参加申込書

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

申込者氏名

電話

平成29年度福島県立視覚支援学校学校説明会に下記のとおり参加します。

記

1 参加学部

高等部保健医療科・専攻科学校説明会：7月18日（火）

2 参加者氏名

参加者	氏 名
本人氏名	(年齢 歳)
保護者名 ご家族氏名	
その他 関係者	(所属等：)

3 個別相談の希望（有 無）

※個別相談を希望される方は、内容について具体的にご記入ください。

--