

杉の子一日体験研修 参加申し込み

月 日 申し込み

所属名			
お名前			
連絡先	〒 (TEL) (FAX)		
参加を希望する日に○を書いてください。 第一希望日： 月 日 () 第二希望日： 月 日 () 第三希望日： 月 日 () その他 ()			
交通手段	() 自家用車 () 他の参加者の車に同乗 () 公共交通機関 () その他		
見学希望学部と クラス (どれかに○を つけてくださ い)		第一希望	第二希望
	小学部 知的障がいのクラス		
	小学部 重複障がい(知的・肢体)のクラス		
	中学部 知的障がいのクラス		
	中学部 重複障がい(知的・肢体)のクラス		
	高等部 重複障がい(知的・肢体)のクラス		
希望理由をお書きください			
知りたいこと、学びたいこと、悩んでいること等、自由にお書きください。			

申し込みは、FAX : 059-379-1632 をお願いします。

希望日の1週間前までにはお申し込みください。

宛先 杉の子特別支援学校 支援部 藤原卓也(本校中学部)