

FAX 送付票

送付先番号 043-292-1706 (郵送の場合もこの用紙にご記入ください)

※この用紙のみご送付ください。

送付年月日	平成31年 月 日 ()	
あて先	千葉県立袖ヶ浦特別支援学校	
件名	平成31年度 学校公開 参加申し込み	
枚数	この用紙含め 枚	
所属 (学校名や施設)		
	御名前 (保護者・担当)	
	御連絡先 (電話番号)	
参加希望日 (○をつけて下さい)	第1回 6月11日(火) 【保護者の方】	第2回 6月25日(火) 【関係機関・地域の方】

以下の御希望の回に御記入下さい。

第1回 6月11日(火)の参加申し込み【保護者の方】

参加者 ふりがな 御名前	お車での 来校	個別相談の希望		給食見学の 希望
		有無	相談内容 あてはまるものに○をつけて下さい。	
本人・保護者 お子様の学年等をお書き下さい()	有・無 台数 (台)	有・無	() 身体の動き () 医療的ケア () 就学先 () 幼稚園や保育園での生活 () その他()	有・無
本人・保護者 お子様の学年等をお書き下さい()				
本人・保護者 お子様の学年等をお書き下さい()				

第2回 6月25日(火)の参加申し込み【関係機関・地域の方】

参加者 ふりがな 御名前	お車での 来校	研修会への参加希望	給食見学の 希望
		参加希望の方は○をつけて下さい	
	有・無 (台)	() 摂食研修	有・無
	有・無 (台)	() 摂食研修	有・無
	有・無 (台)	() 摂食研修	有・無

- ・25日の給食見学につきましては、食堂の混雑緩和のため一団体、御一人の見学とさせていただきますので御協力をお願いいたします。なお、プレイルームにて給食の展示及び説明を行います。

6月4日(火)までにお申し込み下さい。