

F A X送信票

高等部入学志願前相談申込書

平成 28 年 月 日

県立鏡が丘特別支援学校

学 校 長

宛

学校名 _____

校長名 _____ 公印

T E L _____

F A X _____

担当者名 _____

ふりがな			
生徒氏名			
生徒住所			
保護者名			
保護者住所			
志願前相談参加者（続柄）			
	第一希望	第二希望	第三希望
希望日			
希望時間			
特記事項			

※申込期限 平成 28 年 10 月 31 日（月）厳守

連絡先：県立鏡が丘特別支援学校

電話：098 - 877 - 4940

送信先：098 - 877 - 9958