

F A X送信票

高等部入学志願前相談申込書

平成 年 月 日

県立鏡が丘特別支援学校

学校名 _____

学 校 長 宛

校長名 _____ 公印

T E L _____

F A X _____

担当者名 _____

ふりがな				
生徒氏名				
在籍学級（○で囲む）	通常学級・特別支援学級（知的・肢体不自由・病弱・自閉・情緒）			
生徒住所				
保護者名				
保護者住所				
志願前相談参加者（続柄）				
	○で囲む	第一希望	第二希望	第三希望
希望日	いつでも可			
希望時間	いつでも可			
特記事項				

※申込期限 平成29年9月22日（金）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