

## F A X 送 信 票

宛て先	長崎県立大村特別支援学校 教頭 森川 元
送信者	
送信日	平成 2 9 年      月      日

### 平成 2 9 年度 学校公開参加申込書

氏 名 参加される方全員、記入してください。	所 属 該当するところを○で囲み、お子様の場合は年齢または学年を記入してください。	住所・電話番号等	教育 相談 希望	相談内容 希望される場合は、相談内容を簡単に御記入ください。
	子ども 保護者 関係者 年齢または学年 (            ) 所属名 (                                    )	住所  TEL	有 ・ 無	
	子ども 保護者 関係者 年齢または学年 (            ) 所属名 (                                    )	住所  TEL	有 ・ 無	
	子ども 保護者 関係者 年齢または学年 (            ) 所属名 (                                    )	住所  TEL	有 ・ 無	
	子ども 保護者 関係者 年齢または学年 (            ) 所属名 (                                    )	住所  TEL	有 ・ 無	
	子ども 保護者 関係者 年齢または学年 (            ) 所属名 (                                    )	住所  TEL	有 ・ 無	
質問事項がありましたら御記入ください。				

※6月16日（金）までにお申し込みください。

問い合わせ先	長崎県立大村特別支援学校（教頭：森川）
〒856-0835	長崎県大村市久原2丁目1418番地2
	TEL 0957-52-6312
	FAX 0957-53-4302