

<支援教室申込書>

県立ろう学校佐世保分校

電 話 0 9 5 6 - 4 6 - 0 8 8 1

F A X 0 9 5 6 - 4 6 - 2 4 8 8

氏 名	学 年 等 (または職名等)	所属 (学校等) や 本人との関係 (保護者・担任等)	連絡先

希望日時をお書きください。

月 日 () 時 分から

<相談内容等があれば、お書きください。>