

< 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（水）	時 分から

< 相談内容等があれば、お書きください。 >
