

「体験入学及び志願前相談」FAX送信票

送信年月日 平成29年 月 日()

【宛先】

所属	県立島尻特別支援学校 高等部入試係
FAX	098-998-7655
担当者	平良美佐江(入試係) 宛て
件名	平成29年度 高等部「体験入学及び志願前相談」申込について

	ふりがな 生徒氏名	ふりがな 保護者氏名	希望日時		
			希望日と希望班名(体験入学希望者のみ)をご記入下さい		
1			第1	()月()日	班名()
			第2	()月()日	班名()
			第3	()月()日	班名()
2			第1	()月()日	班名()
			第2	()月()日	班名()
			第3	()月()日	班名()
3			第1	()月()日	班名()
			第2	()月()日	班名()
			第3	()月()日	班名()
4			第1	()月()日	班名()
			第2	()月()日	班名()
			第3	()月()日	班名()
5			第1	()月()日	班名()
			第2	()月()日	班名()
			第3	()月()日	班名()
6			第1	()月()日	班名()
			第2	()月()日	班名()
			第3	()月()日	班名()

〈体験・相談実施日〉

① 10月19日(木) ② 10月23日(月) ③ 11月6日(月) ④ 11月9日(木)

〈作業班名〉

① 農園芸班 ② 木工班 ③ 家庭班
④ 窯業班 ⑤ トータルクリーニング班

〈作業班名〉

① 農園芸班 ② トータルクリーニング班
③ 木工班

学校名・担当者名

〈特記事項〉 例:障害種、特性、健康面、アレルギー等

※申込締切 平成29年9月22日(金) ※本票のみを送信して下さい。