

小学部体験入学申込書（兼：FAX 送信票）

(ふりがな) 幼児児童氏名	男・女 平成 年 月 日生(歳)
(ふりがな) 保護者氏名	続柄 ()
自宅住所	〒
連絡先	TEL: FAX:
保育所・幼稚園 学校名	TEL: FAX:
学年、組 又は学級名	
(ふりがな) 担任名	

体験希望月日	第1希望 (月 日) 第2希望 (月 日)
同伴者氏名 (続柄)	
体験入学時に 配慮を要すること 身体面・健康面 行動面・苦手 装具使用 車椅子 等	幼児児童の様子(記入できる内容でかまいません)

* 留意事項 *

- ① 申込みについては、学校(園)・担任と確認の上でお申し込み下さい。
- ② 個人情報のお取り扱いにご留意下さい。
- ③ 体験入学日時の決定は、締切日(6/29 , 9/3)以降に連絡します。

問い合わせ先: 県立島尻特別支援学校 教育支援部 担当: 崎原裕子、當眞正太
TEL: 098-998-8240

FAX: 098-998-7655 (FAX 送信先)