「志願前相談 申込書（一覧）」【こちらの文書のみ、提出前にFAX送信願います。】

８月2１日(水)17:00　必着

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FAX:098-998-7655島尻特別支援学校　高等部入試担当　宮城千夏 宛て**件名：令和６年度　志願前相談申込一覧** | 学校名 |  |
| 担当者名 |  |
|  |  |  | **実施希望日（希望順に１～３までをご記入ください）** | **特記事項** 例：障害種、特性、健康面、ｱﾚﾙｷﾞｰ、歩行に配慮 等 |
| 9／2０（金） | ９／2４（火） | 9／2６（木） | 10／２（水） |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ※ FAX送信後、「志願前相談　個人資料」とともにご提出ください。※ 生徒ならびに保護者で 車いすや松葉づえ・杖等、歩行や移動に配慮が必要な場合は必ず特記事項へ記載願います。 |

送信宛先