

## R4、9月/小学部授業見学申込書(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	

見学希望月日	第1希望 : 月 日 ( ) の ____校時 第2希望 : 月 日 ( ) の ____校時
見学希望学級	例 : ( 1 ) 年生の知的学級 <b>肢体不自由学級</b> ----- 第1希望 : ( ) 年生の知的学級 ・ 肢体不自由学級 第2希望 : ( ) 年生の知的学級 ・ 肢体不自由学級
同伴者氏名 (続柄)	

**\* 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 廊下からの参観になり、お子様から室内が見えにくい場合もあります。
- ③ 室内履き(スリッパ・上履き)等、ご持参をお願いします。
- ④ 個人情報のお取り扱いにご留意下さい。(校内撮影不可です)
- ⑤ 授業見学日時の決定は、【9/5(月)】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：来間 ・ 中本  
TEL： 098-998-8240

**FAX: 098-998-7655 (FAX送信先) 〆切 9/2(金)**