

## 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  
TEL: 098-998-8240

**FAX: 098-998-7655 (FAX 送信先)**