**ＦＡＸ送信票**

**ふれあい教室参加申し込み用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| **締切日** | **７月７日（金）** |

**この用紙を使って，ＦＡＸにてお送りください。**

**ＦＡＸ　０２９６－４３－９１７４**

**茨城県立下妻特別支援学校　　教育支援部**

**担当　中山　あて**

**７月31日（月）**のふれあい教室に参加します

令和５年　　月　　日

茨城県立下妻特別支援学校長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入者所属所課等名 |  | 電話番号 |
| 職 |  | 氏名 |  | －　　　－ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加する幼児名家族名又は職員名（ふりがなもお願いします） | 性別 | 年齢 | 保護者名(職員の方は職名) | 電話番号 | 所属する関係機関(幼稚園・保育所・こども園・福祉施設等) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

○学校見学・教育相談の要望や質問等がありましたら，下記にご記入ください。