

F A X 送 信 票

送信先	茨城県立盲学校 FAX：029（225）4328 視覚障害教育支援センター： 鴨志田・鈴木（登） TEL：029（221）3388
-----	--

平成30年度サマースクール参加申込書

学 校 名	()
参加児童生徒名	() (年)
保護者氏名	()
その他参加される方	() (担任・その他 ()) () (担任・その他 ())
来校方法 (*0をつけてください。)	自家用車 ・ 公共交通機関
受付希望時間帯 (*0をつけてください。)	12時30分から ・ 13時30分から サマースクールに複数回参加されている方は、13時40分からの参加が可能です。
体験学習の希望	第1希望 () 第2希望 () ※実施する体験学習は希望人数により決定します。
☆困っていること等ありましたら簡単に御記入ください。	
☆初回参加の方に伺います。 個別教育相談 *0をつけてください。 (希望する ・ 希望しない)	

※8月17日（金）までにお申込みください。