



平成 年 月 日

FAX送信票

送 信 先	茨城県立盲学校	担当：鈴木和子 行
送 信 元	お名前： TEL：	御所属： FAX：

平成 29 年度 茨城県立盲学校 学校公開 参加申込書

1 参加者氏名 (学校名・学年)	2 引率者氏名 保護者・家族 担任 (○をつけてください。)
3 参加者氏名	4 所属等 (※教育・福祉・労働関係機関や地域の方はこちらに記入してください。)
5 来校方法 (自家用車 交通機関)	
6 授業案内<グループに分かれます。職員が説明をしながら御案内します。> (どちらかに○をつけてください。)	
希望する	希望しない (自由に参観する)
7 寄宿舍見学 (どちらかに○をつけてください。)	
希望する	希望しない
8 体験について (○をつけてください。)	
() シミュレーションレンズ体験を希望する	
() 点字体験を希望する	
() どちらも希望しない	
9 個別相談 (どちらかに○をつけてください。)	
希望する	希望しない
10 個別相談を希望される方は、相談内容を具体的にお書きください。	

申込締切 10/27 (金) FAX 029 (225) 4328