

F A X 送 信 票

送 信 先	茨 城 県 立 盲 学 校 F A X : 0 2 9 (2 2 5) 4 3 2 8 視覚障害教育支援センター： 長谷川 良子 T E L : 0 2 9 (2 2 1) 3 3 8 8
-------	---

平成 29 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。)	9時20分から ・ 10時20分から サマースクールに複数回参加されている方は、10時20分からの参加が可能です。
☆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)	

※ 7月20日（木）までにお申込みください。