

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 担当 : 高木、大津 宛 TEL : 029(221)3388
送 信 元 (連絡先)	お名前 所 属 TEL () FAX ()

令和3年度 サマースクール 参加申込書

参加児童生徒名		
学校名・学年・年齢	学校
保護者氏名		
保護者連絡先	TEL	() ※緊急の連絡が必要な場合にのみ使用します。
その他参加される方	【担任・その他 ()】		
体験学習の希望	①スライムを作ろう (小学生対象)	()	
	②顕微鏡でのぞくミクロの世界 (小学生高学年・中学生対象)	()	
	③水圧を体感しよう (中学生対象)	()	※○印を付けて ください。
※参加人数によって、希望に添えない場合があります。			
来校方法	自家用車	・	公共交通機関
受付希望時間帯	9時20分から	・	10時00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00分からの参加が可能です。			
★初回参加の方に伺います。			※○印を付けて ください。
個別教育相談	希望する	・	希望しない
★個別教育相談を希望する方に伺います。			
相談内容を簡単にお書きください。			
.....			
★何かお困りのこと等ありましたら、御記入ください。			
.....			
.....			

- ※ 新型コロナウイルス感染症予防のため、来所時には検温、手指の消毒、マスク着用の御協力をお願いいたします。
- ※ 今後の感染状況によっては、予定変更になる場合がありますので、ホームページのお知らせで御確認ください。
- ※ 7月16日(金)までにお申し込みください。