

令和7年 月 日

F A X 送 信 票

送 信 先	茨城県立盲学校 <u>F A X : 0 2 9 (2 2 5) 4 3 2 8</u> 視覚障害教育支援センター 担当 : 海老原、菊池、兼井 宛 T E L : 0 2 9 (2 2 1) 3 3 8 8
送 信 元 (連絡先)	お名前 所 属 T E L () F A X ()

令和7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	T E L ()	※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 () 】		
来校方法	自家用車 ・ 公共交通機関	※ ○で囲んでください。	
個別教育相談	希望する ・ 希望しない	※ ○で囲んでください。	
★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。			

※ 7月16日(水)までにお申し込みください。