

令和7年 月 日

FAX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 : 海老原、菊池、兼井 宛 TEL: 029(221)3388
送信元 (連絡先)	お名前 所 属 TEL () FAX ()

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	年	年齢 歳
保護者氏名		
保護者連絡先 TEL	()		
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。