

令和4年 月 日

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 担当 : 千明、吉田 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4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	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	※○印を付けて ください。	
個別教育相談	希望する ・ 希望しない	※○印を付けて 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。			

- ※ 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20日（水）までにお申し込みください。