

中学部体験学習 参加申込集約票

小 学 校 名	
電 話 番 号	
連絡責任者名	

ふりがな 参加児童氏名	性別	生年月日	付添い保護者氏名 (二名以上の場合も全てお書きください)

※ 教職員が付き添われる場合は、お名前をご記入ください。

職 名	氏 名

※ 参加申込集約票で得られた情報は、他の目的に使用することはありません。

※ 7月7日(金)までに、この参加申込集約票を下記宛に郵送してください。

<送付先>
〒930-8556

富山市五艘1300
富山大学教育学部附属特別支援学校
教育相談担当 名苗 美保 宛