

中学部学校見学会 参加申込集約票

学 校 名	
電 話 番 号	
連絡責任者名	

ふ り が な 参 加 者 氏 名	児童の学年 ○ で囲んで ください	児童の氏名	○ で囲んで ください
	5・6年		保護者・教職員
	5・6年		保護者・教職員
	5・6年		保護者・教職員
	5・6年		保護者・教職員
	5・6年		保護者・教職員
	5・6年		保護者・教職員

※ 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。

※ 5月15日(水)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