

(F A X 送 信 票) ※送り状は不要です。

送信先：長崎県立桜が丘特別支援学校 教頭 佐仲 紀子 宛

Fax番号：0956-82-4400

郵送先：〒859-3615 東彼杵郡川棚町下組郷386-2

令和7年度 第1回学校説明会 参加申込書

幼児・児童・生徒氏名	ふりがな	性 別
		男 ・ 女
所 属	年 齢 ・ 学 年 （ ） 歳 年少・年中・年長・（ ） 年生	
	所属園・学校名	
	所属電話番号	
	保護者電話番号	
参加・参加者氏名 * 該当に○を付けてください。 * 保護者・関係者の方は（ ）に 氏名を御記入ください。	授業参観希望学部（ 小学部 ・ 中学部 ・ 高等部 ）	
	本 人（参加・不参加）	
	保護者（参加・不参加） （氏名： ）	
	関係者（参加・不参加） （氏名： ）	
自家用車利用の有無	あり（ 台） ・ なし	
教 育 相 談 の 希 望 * 該当に○を付けてください。 * 希望される場合は、相談内容を 御記入ください。 * 人数の都合により、お断りする こともあります。	希望する ・ 希望しない	
	* 令和8年度に入学の可能性がある場合は、必ず教育相談を申し込んでください。 教育相談の内容（希望する場合に御記入ください。）	
そ の 他 * 教育相談以外で質問事項等が ありましたら御記入ください。		

※ 受付の締め切りは、6月6日（金）です。

※ 幼児・児童・生徒1名につき1枚ずつで申込みをお願いします。複数名の申込みがある場合は、参加申込書をコピーしてお使いください。

※ 保護者のみの参加の場合も、お子様の氏名・所属・学年を必ず御記入ください。