

体験入学申込書

※送信票は不要です

令和 年 月 日

愛知県立大府特別支援学校長 宛

学校・園名 _____

電話番号 _____

記入者氏名 _____

体験入学参加日 (希望する期日に○を御記入ください。)	第1回 7月13日(水)	第2回 10月25日(火)
(ふりがな) 参加者氏名		
生年月日	年 月 日 () 歳	
保護者氏名		参加保護者 人
その他の参加者 (関係機関等)	氏名 :	所属名/Tel :
	氏名 :	所属名/Tel :
療育手帳	あり・なし (判定)	
身障者手帳	あり・なし (種 級)	
備考 (配慮事項等)		

FAX 0562-44-0662