

体験入学申込書

(高等部)

令和 8 年 月 日

愛知県立大府特別支援学校長 宛

学 校 _____

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7日(火) 受付9:45~	第2回 10月8日(木) 受付9:45~
体験希望の教育課程 ① 教育課程Ⅰ(通常の高等学校に準ずる) ② 教育課程Ⅱ(知的障害を教育する目標・内容を取り入れている) (①及び②を御記入ください)		
(ふりがな)		性 別
参加者氏名		男 ・ 女
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 :
備考 (配慮事項等)		