**体験入学申込書**

**（小学部・中学部・高等部）〇を付けてください**

※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９日（火）  受付9：45～ | |  | 第２回  １０月２３日（水）  受付9：45～ |
| （ふりがな）  参加者氏名 |  | | | | 性　別 | |
|  | | | | 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) | | | | | | |

ＦＡＸ　０５６２－４４－０６６２