

岐阜県立西濃高等特別支援学校 オープンスクール申込書

記載日 令和4年 月 日

中学校名

下記のとおり、岐阜県立西濃高等特別支援学校のオープンスクールを申し込みます。

記

	(ふりがな) 氏名	該当に○	学年 (生徒のみ)	希望	日にち	時間
1		生徒		1		
		保護者		2		
		職員		3		
2		生徒		1		
		保護者		2		
		職員		3		
3		生徒		1		
		保護者		2		
		職員		3		
4		生徒		1		
		保護者		2		
		職員		3		

※日にちは「10/19、10/21」 時間は「9:15、9:55、10:35」のいずれかを記入

西濃高等特別支援学校

【FAX】0584-89-7835

記載責任者

連絡先電話番号

自宅・携帯・その他 () いずれかに○