

F A X 送信票

送信  方向

大阪府立八尾翠翔高等学校 教頭 乗田政長 宛

F A X 0 7 2 - 9 4 3 - 6 7 5 1 (送付書は不要です)

八尾翠翔高校知的障がい生徒自立支援コース説明会に参加を希望します。

授業クラブ体験を希望される方はこの用紙以外にも別途お申し込みください。(中3生のみ)

立 _____ 学校 _____ 担当教員 ご芳名 _____

貴校 T E L 番号 _____

貴校 F A X 番号 _____

※ T E L / F A X 番号は災害時などの急な日程変更等の時の緊急連絡用です。

※ 当日、気象状況などによる警報などの発令で実施不可能となった場合は、午前 10 時以降に、本校ホームページにてお知らせします。

※ 原則として、所属の中学校の先生を通じてお申し込みください。個人でお申し込みの場合はできましたら所属中学校の先生の参加・不参加をご確認の上、お申し込みください。

個人申し込みはこちらへ _____ 保護者様 T E L 番号 _____

保護者様 F A X 番号 _____

※ 参加希望者氏名 (説明会に参加される方全員のお名前をお書きください)

※ 参加形態に○でチェックしてください。(中 1.2 生は説明会のみです)

学 年	生 徒	保 護 者	教 員
	ふりがな	ふりがな	ふりがな
参加形態	説明会のみ () / 説明会・体験授業 () / 説明会・体験授業・クラブ体験 ()		
	ふりがな	ふりがな	ふりがな
参加形態	説明会のみ () / 説明会・体験授業 () / 説明会・体験授業・クラブ体験 ()		
	ふりがな	ふりがな	ふりがな
参加形態	説明会のみ () / 説明会・体験授業 () / 説明会・体験授業・クラブ体験 ()		
	ふりがな	ふりがな	ふりがな
参加形態	説明会のみ () / 説明会・体験授業 () / 説明会・体験授業・クラブ体験 ()		

備考 駐車 (台数)、エレベーター (人数) 利用希望の方は、下記備考欄にご記入ください。