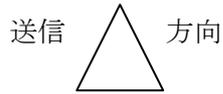


F A X 送信票



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。

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、受付開始 2 時間前以降に、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下さい。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)

学 年	生 徒	保 護 者	教 員
	ふりがな	ふりがな	ふりがな

※ 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。

備考欄
-----