

堺聴覚支援学校 (FAX) 072-257-3310

教頭 北野 妙子 宛

令和 年 月 日

令和8年度 堺聴覚支援学校 学校見学会アンケート (兼 申込書)

所属所名 _____
所属長名 _____
電話番号 (_____)
FAX番号 (_____)
E-mail (_____)

1. 学校見学会に参加されますか。

第1回(6/11(木))に参加する・第2回(11/4(水))に参加する・参加しない

2. 令和8年度以降に堺聴覚支援学校に転学・入学を検討されていますか。

転学・入学希望 転学・入学を希望していない 検討中

3. 学校見学会を希望する方は、見学者のお名前の記入と該当箇所へ○をお願いします。

見学者の名前	教職員・保護者・子ども (○で囲んでください)	見学を 希望される学部	個別相談	体験学習 (小学部のみ)
() 年	教職員・保護者・子ども	幼・小・中	希望・なし	希望・なし
() 年	教職員・保護者・子ども	幼・小・中	希望・なし	希望・なし
() 年	教職員・保護者・子ども	幼・小・中	希望・なし	希望・なし
() 年	教職員・保護者・子ども	幼・小・中	希望・なし	希望・なし

※体験学習の予定 小学部：6月11日午後、11月4日午後(5歳児対象：希望された方は、後日ご連絡いたします)

中学部：7月4日授業体験(小6対象)、7月31日部活動体験(小5・6対象)

(後日、改めて案内を送らせていただきます)

※当日の個別相談は、本校に入学をお考えの保護者・お子さま・お付き添いの教職員の方のみとなります。その他の参加者については、本校の聴覚センターで個別相談を受け付けますので改めてご相談ください。

4. 申し込み締め切り 第1回 令和8年 6月 4日(木)

第2回 令和8年10月28日(水)

【本校までの案内図】

<交通機関>

JR阪和線 上野芝駅

より南東約1km

