

平成30年度 高等部体験入学 参加申込書

◎生徒を伴って参加する場合

参加生徒氏名	(ふりがな)	性 別	男 ・ 女
生 年 月 日		年 齢	
所 属 名	※施設・学校名（学年）等		
引率者氏名		続 柄	
引率者住所	TEL		
障害の状態 (医療的ケアの 有無)	(医療的ケア 有 ・ 無)		
教育相談の希望 (有・無)	※相談内容をできるだけ詳しくご記入ください		

◎その他の参加の場合

氏 名		性 別	男 ・ 女
所 属 名		職 名	
住 所	TEL		
教育相談の希望 (有・無)	※相談内容をできるだけ詳しくご記入下さい		

<お問い合わせ先> 高知県立高知若草養護学校 国立高知病院分校相談支援部

〒780-8077 高知市朝倉西町1-2-25

TEL 088-843-1819

*ご記入いただいた個人情報につきましては、ご承諾なしに他に利用することはありません。