「サマースクール」　申込書

FAX　088−873−9643

参加者氏名	ふりがな（　　）	性別	男　・　女
		年齢	歳
幼稚園・保育園	（　　）園 年少　・　年中　・　年長　　＊〇で囲んでください。		
学校・学年	（　　）学校　　（　　）学年		
住所	〒	電話番号	
		ＦＡＸ	
保護者又は 支援者氏名	氏名（　　） 続柄（　　）	連絡先	〒 電話番号 （　　）
保険代	１００円は当日、集金します。		

＊今回、記入していただいた個人情報は、サマースクール以外での使用はいたしません。

《申込み・問合せ先》

〒７８０−０９２６　高知市大膳町６−３２
高知県立盲学校　　（中野・三谷）
ＴＥＬ　　０８８−８２３−８７２１
ＦＡＸ　　０８８−８７３−９６４３