

# 平成29年度サマースクール参加申込書（小学部）

平成29年 月 日

児童の氏名	(ふりがな)	学年	
アレルギー	アレルギー 有 ・ 無 疾患名 ( ) アレルギーの原因 ( )		
学校名			
保護者氏名			
住 所	〒		
電話・FAX	※日中連絡が取れる連絡先		
写真の承諾 (高知ろう学校記録用)	承諾する ・ 承諾しない		
保護者学習会への 参加	参加する ( 名 ) ・ 参加しない 座談会で話し合いたい内容をお書きください。 ( )		
教育相談	希望する ・ 希望しない		
参加される 兄弟の氏名	(ふりがな)	学年 年齢	
アレルギー	アレルギー 有 ・ 無 疾患名 ( ) アレルギーの原因 ( )		
関係者氏名			
所属・住所等	〒 ( TEL・FAX )		
保護者学習会への 参加	参加する ( 名 ) ・ 参加しない		
教育相談	希望する ・ 希望しない		

※申し込みについては、FAX、郵送、いずれでもかまいません。

連絡先	〒780-0972 高知市中万々78 高知県立高知ろう学校 相談支援部
TEL	088-823-1640
FAX	088-823-1752
担当	原 さおり