平成２９年度高知ろう学校一日体験入学　申込書（幼）

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）本人氏名 | 　男　・　女  |
| 所属年齢 | 　　　　　　　　　　保育所・幼稚園・認定こども園　　　無　　　　（　年少・年中・年長　）　　　　　（　　　　歳） |
| 住所電話番号（日中、連絡を取れる番号） | 　〒  　　　　　　　　TEL（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

参加保護者（　　　）名

|  |
| --- |
| 氏　名 |

参加保育士及び関係者　（　　　）名

|  |
| --- |
| 氏　名 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者名 |  | 連絡先〒780-0972 　高知県立高知ろう学校 　高知市中万々７８番地相談支援部　　安藤　久子 　 TEL　０８８－８２３－１６４０ 　 FAX　０８８－８２３－１７５２ |
| （所属） |

締切　平成２９年６月２日（金）