令和６年度　高知しんほんまち分校体験入学（高等部）申込書

　　　　　高知県立日高特別支援学校高知しんほんまち分校

|  |  |
| --- | --- |
| 日程 | 参加希望の日　　　　　※希望日に〇をつけてください。 |
|  | 第１回　６月２６日（水）　申し込み締切日　６月３日（月） |
|  | 第２回　１０月３日（木）　申し込み締切日　９月６日（金） |
| 対象生徒 | ふりがな氏　名 |  | 性　別 | 年　齢 |
|  | 男　・　女 | 　　　　　　歳 |
| 所　属 | 　　　中学校　電話番号（　　　　　　　　　　　　） | 学　年 |
| 　　　年 |
| 特別支援学級 | 知的障害特別支援学級　　　　自閉症・情緒障害特別支援学級　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 保護者 | ふりがな氏　名 |  | 続　柄 |
|  |  |
| 住　所 |  | 電　話　番　号 |
|  |
| ○参加者名（当日参加する方） |
|  | 参加者名 | 所属等 | 生徒との関係 |
| １ |  |  | **本人** |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

**※本人が参加しない場合は、本人欄には記入しないでください。**

参加者合計　　　　　　名