

令和5年度 高知県立盲学校 体験入学 参加申込書

さんかしゃしめい 参加者氏名			年 齢	年 月 日生 () 歳
学校・学年	() 学校 () 年			
参加者連絡先	住所(〒) 電話番号()			
障害名及び病名				
保護者等	氏名() 続柄()	連絡先	住所(〒) 電話番号 ()	
関係者	担任(氏名) ・ その他()			
	連絡先	所属名 () 電話番号 ()		
体験希望学部	幼稚部・小学部・中学部・高等部普通科・理療科 (体験希望の学部に○を入れてください)			
給食希望	要 ・ 不要 ※アレルギー(なし ・ ある【 】) ※当日、給食代を徴収します。 1食、320円程度(小学生以下)・360円程度(中学生以上) ※保護者等、付添人、関係者の方は、各自で昼食をご準備ください。			
個人相談の希望 (○をいれてください)	①ある (学習面 ・ 生活面) ②なし			
希望される方、よろしければ相談内容を簡単にお書きください				
ルミール見学希望	①ある ②なし (○を入れてください)			
寄宿舍見学の希望	①ある ②なし (○を入れてください)			
駐車場の利用	① ある (台) ②なし (○を入れてください)			

【問合せ先】 高知県立盲学校 体験入学係

Tel 088-823-8721、Fax 088-873-9643、Mail mo-s@kochinet.ed.jp

* 視覚障害者向け機器展示室「ルミールサロン」については、県庁のホームページをご覧ください。