

令和7年度 高知県立盲学校 体験入学 参加申込書

ふ り が な 参加者氏名			年 齢	年 月 日生	
				() 歳	
園・学校	() 園・学校 () 組・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・学科	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・学科に○を入れてください)				
給食の希望	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、350円程度(小学生以下)・390円程度(中学生以上) ※保護者・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					
ルミエールサロン見学の希望	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)				

【申込み・問合せ先】 高知県立盲学校 体験入学係

Tel 088-823-8721 Mail mo-s8721@g.kochinet.ed.jp

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