

令和6年度高知ろう学校一日体験入学 申込書（高）

(ふりがな) 本人氏名	男 ・ 女
学校名・学年	学校 (年)
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

○参加教員 () 名

氏 名

○給食・教育相談・聴力測定について

	希望する	希望しない
給食（体験生のみ）		
教育相談		
聴力測定		

・体験生については、できるだけ給食をご利用ください。

・当日、給食費（390円）をご持参ください。

※アレルギーがある場合は事前にご相談ください。対応できない場合はお弁当持参となります。ご了承ください。

学校名（所属名）
TEL
申し込み担当者名

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 畠山 寺内

TEL 088-823-1640

FAX 088-823-1752

締切 令和6年5月31日（金）