様式

|  |
| --- |
| 福島県立たむら支援学校学校見学会申込書 |
| 送信日　平成令和　　年　　月　　日 | 送信者名（　　　　　　　　　　　　） 　　　 所属（　　　　　　　　　　　　　　 ） 　　　 職名（　　　　　　　　　　） |
| 参加希望日（〇で囲んでください） | ５月２３日（木）　　　　１０月３１日（木）６月２７日（木）　　　　 １月３０日（木） |
| 参 加 者 名 | № | 氏　　　　名 |  |
| １ |  | 保護者・担任・その他 |
| ２ |  | 保護者・担任・その他 |
| ３ |  | 保護者・担任・その他 |
| 所　 属（保育園名・ 施設名等） | 名称 |
| 電話番号　　（　　　　　）　　　　－ |
| 担任・担当者名〔　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 何か他に連絡事項があれば記入ください。 |  |

申し込み先　＜Fax＞　０２４７－８２－４１１９

　　　　　　　たむら支援学校　教頭　鈴木　嘉人　宛