様式１

第1回 福島県立たむら支援学校 小･中学部学校見学会申込書
（送信票は不要です）

送信日　令和　　年　　月　　日	送信者名（　　） 所　　属（　　） 職　　名（　　）

参加希望日	令和４年　５月１９日（木）　５月２０日（金） 第１希望（　　）　第２希望（　　） ※　第１希望、第２希望までの希望日を御記入ください。 ※　２日間で、１５名程度に分けさせていただきます。 ※　日程が決まりましたら、下記の連絡先へ御連絡させていただきます。 ※　各事業所につきましては、１名のみの参加のご協力をお願いします。 ※　当日、別紙「健康チェックシート」を記入のうえ、御持参ください。		
参加者名	No.	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
	連絡先	電話番号　（　　）　－ Fax　（　　）　－ Mail　（　　）	
所　　属 （保育園名・施設名等）	名称		
	電話番号　（　　）　－ Fax　（　　）　－		
	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
＜Mail＞tamura-sh@fcs.ed.jp
たむら支援学校　教頭　佐々木孝幸　宛
※本様式は、たむら支援学校 HP より、ダウンロードできます。