

令和2年度志願者対象体験入学申込書

鳥取県立琴の浦高等特別支援学校長 様

\_\_\_\_\_  
学校長 印

下記のとおり体験入学を申し込みますので、よろしくお願ひします。

記

体験日	令和2年	月	日	曜日
体験者	ふりがな			
	氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	平成	年	月 日
在籍校	学校名			
	*中学校に在籍しておられる方は学級の所属について該当するものに○をしてください。 <input type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> 知的障がい特別支援学級 <input type="checkbox"/> 自閉症・情緒障がい特別支援学級 <input type="checkbox"/> 上記以外の障がい種の特別支援学級[ 障がい]			
当日の 同伴・ 引率者	保護者氏名			
	学校引率者 氏名	<input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> 特別支援教育主任 <input type="checkbox"/> 学年主任 <input type="checkbox"/> その他[ ]		
	*当日、同伴・引率される方のお名前を記入してください。			

\*体験日当日は着替えがありますので、性別を記入してください。