

大分大学教育学部附属特別支援学校 学校公開参加申し込み票

申込日：平成29年 月 日

1. 見学希望日

月 日 () 曜日

2. 申込み代表者

代表者氏名 (ふりがな)	
所 属	
代表者電話番号	
主に見学を希望する学部	小学部 ・ 中学部 ・ 高等部 ・ 未定
自家用車の乗り入れ	有 ・ 無

3. 参加者

代表者以外の参加者氏名	教員、職員、保護者、園児児童生徒 該当する項目に○をして下さい	所 属	自家用車 乗り入れ
	教員 ・ 職員 ・ 保護者 ・ 園児児童生徒 ・ その他		
	教員 ・ 職員 ・ 保護者 ・ 園児児童生徒 ・ その他		
	教員 ・ 職員 ・ 保護者 ・ 園児児童生徒 ・ その他		
	教員 ・ 職員 ・ 保護者 ・ 園児児童生徒 ・ その他		
	教員 ・ 職員 ・ 保護者 ・ 園児児童生徒 ・ その他		

※自家用車でお越しの方は、「自家用車乗り入れ」の欄に、○印をご記入ください。できるだけ乗り合わせをお願いします。

※本校からの連絡をすることがありますので、代表者の電話番号を記入してください。

※記入いただいた内容は、今回の学校公開関係の事務手続きのために使用し、他の目的に使うことはありません。

個別相談を希望される場合は、その内容について簡単に記入願います。

<個別相談の希望>

- ・相談希望者氏名 ()
- ・相談内容

下記へFAXでお送りください。送信票は不要です。

大分大学教育学部附属特別支援学校
FAX番号 097-545-4726