

# 体験入学申込書

(小学部・中学部・高等部) ○を付けてください

※送信票は不要です

令和 年 月 日

愛知県立大府特別支援学校長 宛

学校・園名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

記入者氏名 \_\_\_\_\_

体験入学参加日 (希望する期日に○を御記入ください。)	第1回 7月12日(水)	第2回 10月24日(火)
(ふりがな) 参加者氏名		性別 男 ・ 女
生年月日	年 月 日	( ) 歳
保護者氏名		参加保護者 人
その他の参加者 (関係機関等)	氏名:	所属名/Tel:
	氏名:	所属名/Tel:
療育手帳	あり・なし ( 判定)	
身障者手帳	あり・なし ( 種 級)	
備考(配慮事項等)		

FAX 0562-44-0662