**平成31年度(2019年度)熊本県立松橋支援学校**

**オープンスクール参加申込書（〆切り：７月５日（金））**

**【肢体不自由】小学部・中学部・高等部普通科 用**

**FAX送信票（※鑑不要。本書のみ送信ください。）**

**FAX：０９６４－３２－０５６５**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 送信先  松橋支援学校  担当：主幹教諭  FAX：0964-32-0565  TEL：0964-32-0729 | | 参加希望学部  ※希望枠に○を御記入ください | | | | 希望学部 | | 希望枠 | |
| 小学部 | |  | |
| 中学部 | |  | |
| 高等部普通科一般学級 | |  | |
| 高等部普通科重複学級 | |  | |
| 所属学校・施設名 | |  | | | | | | | |
| 担当者氏名 | |  | | | | 連絡先E-mail | ＠ | | |
|  | | |
| 電話番号 | |  | | | | Fax番号 |  | | |
| 【参加者】 | | | | | | | | | |
| 児童生徒氏名 | ふりがな  氏　名 | | 性別 | 学年 | 在籍（※１参考） | | | | 面談  希望 |
|  | |  |  |  | | | |  |
|  | |  |  |  | | | |  |
|  | |  |  |  | | | |  |
| 保護者  氏名 | （参加される方をご記入ください） | | | | | | | | |
| 担任等  氏名 | （参加される方をご記入ください） | | | | | | | | |

※１：在籍については、在籍保育園、幼稚園、通常学級、支援学級（知・自情・肢体・病弱）、

支援学校等を記入ください。

※２：必ず所属園、所属学校等を通して申し込んでください。

※３：本票のみを送信ください(鑑不要)。

※４：参加者記入枠が足りない場合は、本紙をコピーして使用してください。

|  |
| --- |
| 【連絡先】熊本県立松橋支援学校  　各学部担当　小学部主事　　中学部主事  高等部主事  TEL: 0964-32-0729　FAX:0964-32-0565 |

**平成31年度(2019年度)熊本県立松橋支援学校**

**オープンスクール参加申込書（〆切り：７月５日（金））**

**【知的障がい】高等部専門学科 用**

**FAX送信票（※鑑不要。本書のみ送信ください。）**

**FAX：０９６４－３２－０５６５**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 送信先  松橋支援学校  担当：主幹教諭  FAX：0964-32-0565　 TEL：0964-32-0729 | | | | | | | |
| 所属学校・施設名 | |  | | | | | |
| 担当者氏名 | |  | | | | 連絡先E-mail | ＠ |
|  |
| 電話番号 | |  | | | | Fax番号 |  |
| 【参加者】 | | | | | | | |
| 児童生徒氏名 | ふりがな  氏　名 | | 性別 | 学年 | 在籍（※１参考） | | |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
| 保護者  氏名 | （参加される方をご記入ください） | | | | | | |
| 担任等  氏名 | （参加される方をご記入ください） | | | | | | |

※１：在籍については、在籍保育園、幼稚園、通常学級、支援学級（知・自情・肢体・病弱）、

支援学校等を記入ください。

※２：必ず所属園、所属学校等を通して申し込んでください。

※３：本票のみを送信ください(鑑不要)。

※４：参加者記入枠が足りない場合は、本紙をコピーして使用してください。

|  |
| --- |
| 【連絡先】熊本県立松橋支援学校  　担当　専門学科主任  TEL: 0964-32-0729　FAX:0964-32-0565 |

**平成31年度(2019年度)熊本県立松橋支援学校**

**オープンスクール参加申込書（〆切り：７月８日（月））**

**【知的障がい】高等部氷川分教室 用**

**FAX送信票（※鑑不要。本書のみ送信ください。）**

**FAX：０９６５－５２－５１６１**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【送信先】  松橋支援学校  氷川分教室  担当：分教室主任  FAX：0965-52-5161  TEL：0965-52-3611 | | 参加希望日  ※希望枠に○を御記入ください | | | 期日 | | | 希望枠 | |
| ７月１６日（火）：八代市内在住の方 | | |  | |
| ７月１７日（水）：八代市外在住の方 | | |  | |
| 所属学校・施設名 | |  | | | | | | | |
| 担当者氏名 | |  | | | | 連絡先E-mail | ＠ | | |
|  | | |
| 電話番号 | |  | | | | Fax番号 |  | | |
| 【参加者】 | | | | | | | | | |
| 児童生徒氏名 | ふりがな  氏　名 | | 性別 | 学年 | 在籍（※１参考） | | | | 面談  希望 |
|  | |  |  |  | | | |  |
|  | |  |  |  | | | |  |
|  | |  |  |  | | | |  |
|  | |  |  |  | | | |  |
| 保護者  氏名 | （参加される方をご記入ください） | | | | | | | | |
| 担任等  氏名 | （参加される方をご記入ください） | | | | | | | | |

※１：在籍については、在籍保育園、幼稚園、通常学級、支援学級（知・自情・肢体・病弱）、

支援学校等を記入ください。

※２：必ず所属園、所属学校等を通して申し込んでください。

※３：本票のみを送信ください(鑑不要)。

|  |
| --- |
| 【連絡先】熊本県立松橋支援学校　氷川分教室  担当　分教室主任  TEL:0965-52-3611　FAX:0965-52-5161 |

※４：参加者記入枠が足りない場合は、本紙をコピーして使用してください。