５月３１日　〆切

群馬県立吾妻特別支援学校　第１回

学校参観申込書

機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ TEL ＿＿＿＿＿＿ 担当者＿＿＿＿＿＿

※保護者の方は、お子さんの学校参観の参加の有無にかかわらず、お子さんのお名前を御記入ください。

※□があるところは、あてはまるところに☑をしてください。（パソコンで「チェック」と入力すると、候補の中に☑があります。）

参観希望学部	参　加　者　名		ふりがな お子さんの名前 （生年月日）	お子さんの参加	個別相談の希望
□小中 学部 □高等部		□保護者 □教育関係者 □福祉関係者 □その他	（平成　年　月　日）	□有り □無し	□有り □無し
□小中 学部 □高等部		□保護者 □教育関係者 □福祉関係者 □その他	（平成　年　月　日）	□有り □無し	□有り □無し
□小中 学部 □高等部		□保護者 □教育関係者 □福祉関係者 □その他	（平成　年　月　日）	□有り □無し	□有り □無し
□小中 学部 □高等部		□保護者 □教育関係者 □福祉関係者 □その他	（平成　年　月　日）	□有り □無し	□有り □無し
□小中 学部 □高等部		□保護者 □教育関係者 □福祉関係者 □その他	（平成　年　月　日）	□有り □無し	□有り □無し

※もし相談したいことがありましたら、お書きください。

相談内容