

(別紙様式)

令和元年度(平成31年度)岡山県倉敷まきび支援学校 第1回 学校公開 参加申込書

学校園施設名	担当者名( )
学校園施設所在地	〒
所属連絡先	電話番号

知的障害部門 高等部への参加者はどちらかに○を付けてください。→	6月3日(月)・4日(火)
知的障害部門 小学部への参加者はどちらかに○を付けてください。→	7月19日午後・22日午前・22日午後

※知的障害部門 中学部と肢体不自由部門は、学校から連絡をさせていただきます。

【本人・保護者用】

(ふりがな) 幼児児童生徒氏名	性別	学年	本人参加	(ふりがな) 保護者等参加者氏名	希望する学部 (部門)	相談 希望
				電話連絡先		
			有 無	TEL	小・中・高 (知的障害・肢体不自由)	有 無
			有 無	TEL	小・中・高 (知的障害・肢体不自由)	有 無
			有 無	TEL	小・中・高 (知的障害・肢体不自由)	有 無

※幼児児童生徒本人が参加される場合は、「本人参加」の欄の「有」に○をしてください。  
なお、来年度就学予定の幼児については、学年欄に **新1年** とお書きください。

【学校園・施設職員用】

(ふりがな) 参加者氏名	所属 (職名)	希望する学部・部門	相談 希望
		小・中・高 (知的障害・肢体不自由)	有 無
		小・中・高 (知的障害・肢体不自由)	有 無
		小・中・高 (知的障害・肢体不自由)	有 無

※申し込み担当者が学校公開に参加される場合も、上の表にご記入願います。

【教育相談】

※教育相談を希望される場合は、下記にもご記入ください。

相談参加者名:
相談内容:

