

この送信表 1 枚のみ送信してください

FAX 送信票

県立美咲特別支援学校高等部 志願前相談申込書

送信年月日 令和 3 年 月 日

美咲特別支援学校高等部

担当者：仲松由紀子 あて

F A X : 098-938-7700

学校名 _____

TEL _____

FAX _____

- 1 志願前相談実施期間 令和 3 年 10 月 4 日（月）～10 月 8 日（金）
- 2 記入法： 上記の期間中、午前の部と午後の部に分かれて志願前相談を行います。
各生徒の希望日を 3 希望まで記入し、FAX にてお申し込みください。

生徒	ふりがな おきなわ たろう	第1希望	第2希望	第3希望	担任名	ふりがな みさと はなこ
記入例	沖縄 太郎	10/5 午前 午後	10/6 午前 午後	10/5 午前 午後		美里 花子
生徒氏名	ふりがな	第1希望	第2希望	第3希望	担任名	ふりがな
		/	/	/		
		午前・午後	午前・午後	午前・午後		
生徒氏名	ふりがな	第1希望	第2希望	第3希望	担任名	ふりがな
		/	/	/		
		午前・午後	午前・午後	午前・午後		
生徒氏名	ふりがな	第1希望	第2希望	第3希望	担任名	ふりがな
		/	/	/		
		午前・午後	午前・午後	午前・午後		
生徒氏名	ふりがな	第1希望	第2希望	第3希望	担任名	ふりがな
		/	/	/		
		午前・午後	午前・午後	午前・午後		

申込〆切 9月10日（金） ご協力よろしく申し上げます。