

送付状は不要です。このまま送信ください。

静岡大学教育学部附属特別支援学校
 小学部主事（体験入学担当） 永井 宛

FAX 054-247-2812
 締め切り 9/16（金）

令和4年度 小学部体験入学（新1年生対象） 参加申込書

所 属	
担 当 者 名	
住 所	〒
電 話 番 号	

参加幼児・保護者

番号	ふりがな 幼 児 名	性別 年齢	ふりがな 保 護 者 名
1		男・女	
		才	
体験入学希望日 第一希望< 月 日() > 第二希望< 月 日() > 第三希望< 月 日() >			
2		男・女	
		才	
体験入学希望日 第一希望< 月 日() > 第二希望< 月 日() > 第三希望< 月 日() >			
3		男・女	
		才	
体験入学希望日 第一希望< 月 日() > 第二希望< 月 日() > 第三希望< 月 日() >			

各園・関係機関の担当者（参観する場合のみ記入）

職 名	氏 名	<連絡など>