

令和7年度 香川県立聴覚支援学校「学校見学会」参加申込書

ふりがな					該当に○を付けてください
お名前					() ご本人 () 保護者 () その他()
所属	(保護者以外の方はご記入ください 例：〇〇市立〇〇小学校)				
連絡先	TEL	()	—		
	FAX	()	—		
※該当に○を付けてください	見学希望	幼稚部	小学部	中学部	高等部
	個別相談希望	有 (学部： 幼 小 中 高)			
		無			

お子様もしくは担当されている幼児児童生徒についてご記入ください。

ふりがな			学年	
お子様のお名前			又は年齢	
お子様の在校(園)名				

※ 情報保障の必要な場合はお知らせください。

情報保障 (手話通訳： 必要 ・ 不要)

※ 申し込み用紙はお一人につき1枚ご記入ください。複数名のお子様について参加される場合や在籍校の先生方が同行される場合も、お手数をおかけしますが、各々1枚ずつ必要事項をご記入の上、ご提出ください。

※ 申し込み用紙にお書きいただいた個人情報につきましては、本見学会のみに使用いたします。

申し込み・問い合わせ先

香川県立聴覚支援学校 小学部主事 中川 寛

高松市太田上町513-1

TEL 087-865-4492

FAX 087-868-1480

E-mail nh1103@kagawa-edu.jp

申込締切日 令和7年6月13日(金)