

F A X 送信票



大阪府立八尾翠翔高等学校 教頭 小椋智成宛

**F A X 0 7 2 - 9 4 3 - 6 7 5 1**

(送付書は不要です)

八尾翠翔高校知的障がい生徒自立支援コース説明会に参加を希望します。

立 \_\_\_\_\_ 学校 担当教員 ご芳名 \_\_\_\_\_

参加希望者氏名 (説明会に参加される方全員の名前をお書きください)

学 年	生 徒	保 護 者	教 員
	ふりがな	ふりがな	ふりがな
	ふりがな	ふりがな	ふりがな
	ふりがな	ふりがな	ふりがな
	ふりがな	ふりがな	ふりがな
	ふりがな	ふりがな	ふりがな

→ 合計 ( ) 名

※ 校内移動時に、エレベータ、車椅子等が必要な場合はその人数をご記入ください。