

F A X 送信票

大阪府立八尾翠翔高等学校  教頭 乗田政長 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補充入学者選抜にむけての説明会に参加を希望します。

第1回目 3月4日(土) ( ) または 第2回目 3月18日(土) ( )

(希望される方の日時( ) に○をつけてください)

立 \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_\_ 担当教員 ご芳名 \_\_\_\_\_

貴校TEL番号 \_\_\_\_\_

貴校FAX番号 \_\_\_\_\_

(TEL/FAX番号は災害時などの急な日程変更等の時の緊急連絡用です)

※原則として、所属の中学校の先生を通じてお申し込み下さい。個人でお申し込みの場合はできましたら所属中学校の先生の参加・不参加をご確認の上、お申し込みください。

個人での申し込みはこちらへ \_\_\_\_\_ 保護者様TEL番号 \_\_\_\_\_

保護者様FAX番号 \_\_\_\_\_

| 学 年 | 生 徒  | 保 護 者 | 教 員  |
|-----|------|-------|------|
| 3   | ふりがな | ふりがな  | ふりがな |
| 3   | ふりがな | ふりがな  | ふりがな |
| 3   | ふりがな | ふりがな  | ふりがな |
| 3   | ふりがな | ふりがな  | ふりがな |

(説明会に参加される方全員のお名前をお書きください)

※ 駐車(台数)、エレベーター(人数)利用希望の方は、下記備考欄にご記入ください。

|     |
|-----|
| 備考欄 |
|-----|