

(別紙3)

令和6年 月 日

茨城県立内原特別支援学校体験入学参加申込書

先生

所属園・所

記入者氏名

(TEL :)

<参加幼児及び保護者>

ふりがな 幼児氏名 生年月日	性別	保護者氏名	住所及び電話番号	所属園・所名	参加希望の回を○で 囲んでください。 (複数回参加可)
H 年 月 日生			〒		第1回 第2回 第3回 第4回
			電話		
H 年 月 日生			〒		第1回 第2回 第3回 第4回
			電話		
H 年 月 日生			〒		第1回 第2回 第3回 第4回
			電話		
H 年 月 日生			〒		第1回 第2回 第3回 第4回
			電話		
H 年 月 日生			〒		第1回 第2回 第3回 第4回
			電話		

※ 参加希望の欄に○を記入してください。追加で希望される場合は、再度、参加申込書に記入後
FAXにて提出してください。

※ 第1回、2回の体験入学は、保護者のみの参加となります。

※ 第3回・4回の体験入学（授業参加）の希望はどちらか1回となります。

