ＦＡＸ 送 信 票

送　信　日		平成２９年　　月　　日
宛先	学 校 名	北海道雨竜高等養護学校
	担当者名	特別支援教育コーディネーター
	FAX 番号	（０１２５）７８－３１０１
件　　名		平成２９年度学校説明会の参加申し込みについて

学校説明会（第１期・第２期）の参加を希望します どちらかに〇印を付けてください		
参　加　者	生　　徒	（　　）学年（　　）名、 （　　）学年（　　）名 （　　）学年（　　）名
	保　護　者	名
	学　校　職　員	名
	その他関係職員	名

発信元	学 校 ・ 機関名	
	担　当　者	職名　　氏名
	電　話　番　号	

※　鑑は不要ですので、このまま送信してください。
※　１期〇名、２期〇名と分けて申し込んでください。
※　学校説明会の１週間前までにお申し込みください。