

# 東京都立港特別支援学校 職能開発科説明会

## 参加お申し込み用送信票

ファクシミリ 03-3471-9195  
送付票は不要です。本票のみお送りください。

東京都立港特別支援学校 職能開発科  
職能開発科説明会担当 坂井 宛

参加希望 日時	第_____回 職能開発科説明会 _____月_____日 (____) <職能開発科説明会日程> ① 6/28 (土) AM ② 6/28 (土) PM ③ 7/23 (水) ④ 7/25 (金) ⑤ 7/29 (火) ⑥ 7/31 (木) ⑦ 8/26 (火) ⑧ 9/8 (月)		
学校名			
連絡先	TEL :	FAX :	
(カッコ内の該当するものに○をつけてください。 生徒は学年の御記入もお願いします。) 参加者氏名	氏名	(生徒 学年・保護者・教員・その他)	(生徒 学年・保護者・教員・その他)
	氏名	(生徒 学年・保護者・教員・その他)	(生徒 学年・保護者・教員・その他)
	氏名	(生徒 学年・保護者・教員・その他)	(生徒 学年・保護者・教員・その他)
備考	その他に○をした方は所属を御記入ください。		

※参加希望日の前日までに、お申し込みください。お申し込み後、参加日時を  
担任の先生にお伝えください。

(こちらから受け取り確認の返信はいたしませんので、お間違えないように送信してください。)