

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> ①6/27 (土) AM ②6/27 (土) PM ③7/22 (水) ④7/24 (金) ⑤7/28 (火) ⑥7/30 (木) ⑦8/25 (火) ⑧9/ 7 (月)		
学校名			
連絡先	TEL :	FAX :	
(カッコ内の該当するものには○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、参加日時を担当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。)