

平成30年度学校説明会・学習体験参加申込書

富山県立富山視覚総合支援学校 地域支援部あて

機 関 名	
担 当 者	

視覚障害 ・ 病弱 (どちらかに○をつけてください)

ふりがな 参加者氏名	幼児・児童・生徒 保護者・職員等の別	学習体験の 希望	個別相談の 希望
	本人（ 年）・保護者 職員・その他（ ）	有 無	有 無
	本人（ 年）・保護者 職員・その他（ ）	有 無	有 無
	本人（ 年）・保護者 職員・その他（ ）	有 無	有 無
	本人（ 年）・保護者 職員・その他（ ）	有 無	有 無

よろしければ相談の内容をご記入ください。

--

平成30年9月10日（月）までに郵送してください。

事務担当 今井・嶋田 所在地 〒930-0922 富山市大江千144 TEL 076-423-8417
