

2019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（9/30）・病弱（9/30）病弱（11/19）

（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。

1回目は9月20日（金）までに郵送してください。
また、2回目は11月11日（月）までに郵送してください。

事務担当 今井・種田 所在地 〒930-0922 富山市大江干144 T E L 076-423-8417
