静岡県立沼津聴覚特別支援学校「学校公開」　参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 申し込み日 | 令和３年　　　月　　　日（　　） |
| お名前（１名のみ参加可能） |  |
| 所属 |  |
| 所属先住所※個人の場合は必要ありません。 | 〒 |
| 連絡先（電話・ＦＡＸE－mailアドレス） | 電話ＦＡＸE－mail |
| 駐車場の希望 | 有　　　・　　無**※駐車場は５台分しかないので、全員の御希望には添えません。****先着順で希望が５台分に達したら、本校には駐められなくなります。****その場合は、ホームページにてお知らせしますので、御確認ください。** |
| 手話通訳の希望 | 有　　　・　　　無 |
| 備考※質問事項　　配慮事項等　 |  |

**※申し込みは、11月１日（月）までです。**

宛先　静岡県立沼津聴覚特別支援学校　　担当：教務課　栗原勝彦

E－mail：numazu-sd@edu.pref.shizuoka.jp

**ＦＡＸ　０５５－９２３－５３２７**