

令和6年度 静岡県立静岡北特別支援学校小学部 学校参観実施要項

年中児の保護者対象

- 1 目的 知的障害のある幼児の保護者が、特別支援学校の様子を知り、就学を考える上で参考とする機会をもつ。
- 2 期日 令和6年11月13日（水）
- 3 場所 静岡県立静岡北特別支援学校（第一会議室、小学部教室）
- 4 対象 知的障害のある年中児の保護者
- 5 内容 学校概要説明、授業参観、校内見学

6 日程

時 間	内 容
9：15～9：30	受付（昇降口）
9：30～10：00	全体会（連絡事項、学校及び小学部概要説明）
10：00～10：40	授業参観、校内見学
10：40～	質疑応答
11：00	終了

- 7 持ち物 スリッパ、筆記用具

8 参加申込

- (1) 保護者は参加申込書に必要事項を記入し、在籍の園・施設に提出してください。
- (2) 園・施設は、参加申込書を取りまとめ、静岡北特別支援学校に郵送または持参してください。
 - ア 個人情報であるため、FAXではなく簡易書留で送ってください。
 - イ 11月1日（金）までに申し込んでください。

9 その他

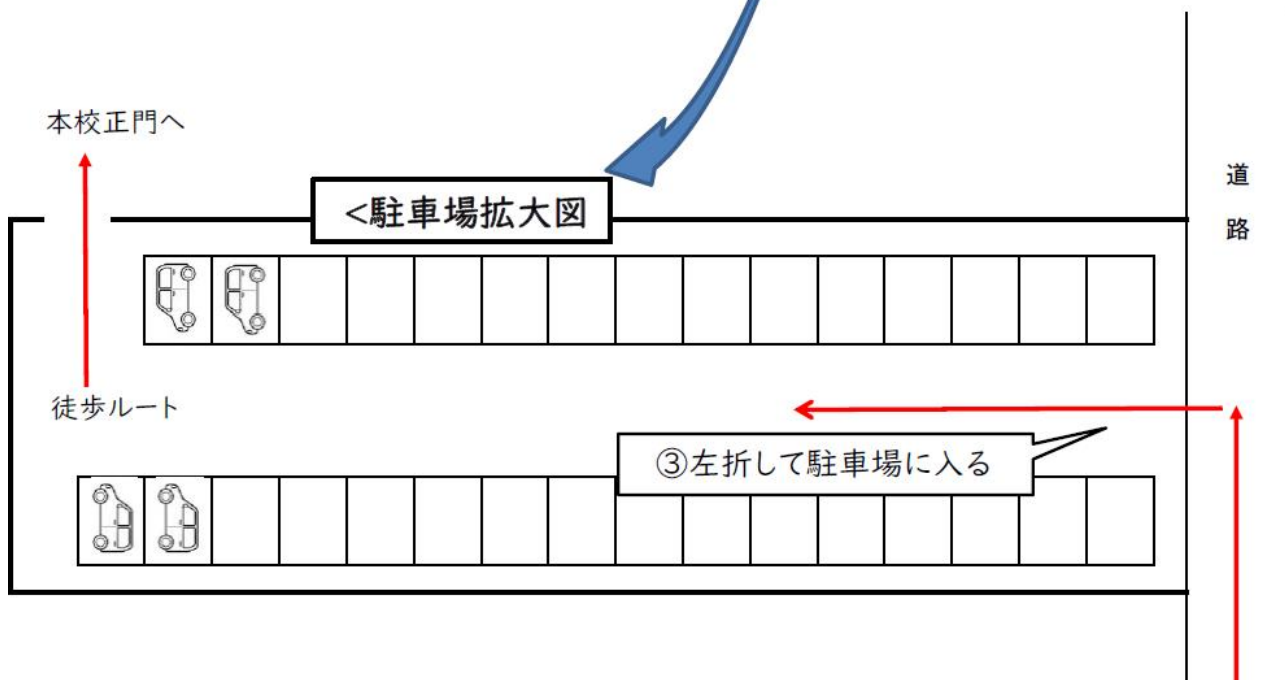
- (1) 駐車場は、別紙の案内図を参照してください。
- (2) 会場の都合上、参加者は1家庭につき1人とします。お子さんや御兄弟の同伴は御遠慮ください。

担 当 特別支援教育コーディネーター
小学部 遠藤 和美
電 話 054 - 245 - 8193

<駐車場案内図>



- ①南からの場合、信号の1つ前
(こども病院駐車場につながる入口)
で右折する。
- ②道なりに進む。
(てんかん・神経医療センターの横を
通り過ぎ、さらに道なりに直進する。)
- ③左折して駐車場に入る。



令和6年度 静岡北特別支援学校 小学部 学校参観 参加申込書

年中児の保護者対象

参加保護者名	
現住所	〒 住所 TEL () -

※お子様について教えてください。

ふりがな		性別
氏名		
生年月日	平成 ・ 令和	年 月 日
在籍園・施設名		
担任または担当者名		
電話番号	TEL () -	
FAX番号	FAX () -	
障害名		
手帳の有無	・療育手帳 あり (A ・ B) ・ なし ・身体障害者手帳 あり (級) ・ なし	
質問があれば御記入ください		

締め切り 11月1日(金) 簡易書留で送ってください。