

ファクシ送付先：042-737-0580
相談支援部：B高 坂井真実子宛

締切
6月23日（金）

令和5年度 東京都立町田の丘学園
知的障害教育部門（B部門）高等部説明会 参加申込書

中学校名：	担任参加の有無
担任氏名：	有・無

【参加者】

	クラス	フガナ 生徒氏名	フガナ 保護者氏名	生徒の参加の有無
①	年 組			有・無
②	年 組			有・無
③	年 組			有・無
④	年 組			有・無
⑤	年 組			有・無
⑥	年 組			有・無
⑦	年 組			有・無
⑧	年 組			有・無
⑨	年 組			有・無
⑩	年 組			有・無

*一人一枠ご使用ください。（保護者が複数参加される場合は必要枠ご使用ください）

*恐れ入りますが用紙が足りない場合はコピーをしてください。

参加合計
(生徒・保護者・担任含)

--

名

