

令和7年 月 日

愛媛県立しげのぶ特別支援学校長 様

保護者氏名

令和7年度 幼児体験学習 参加申込書

ふりがな		生年月日	平成	年	月	日	性別	
幼児氏名		年齢	令和	年	月	日	性別	
			歳		か月			
住 所	〒 (—) TEL (—)							
在籍園等の 名 称								
住 所	〒 (—) TEL (—)							
参加期日	() 第1回 6月 12日 (木) (9:10~12:00)							
	() 第2回 10月 21日 (火) (9:10~12:00)							
本児以外 の参加者	氏 名		続 柄		個別の教育相談の希望			
					有 ・ 無			
相談したい こと								

※ 参加を希望される期日欄の () に○印を付けてください。

第1回：年長児のみ対象

第2回：年中児のみ対象