

本票のみを送信してください

FAX送信票

志願前相談説明会 申込書

【宛先】

名護特別支援学校 高等部入試係
担当者:町田宗大 松田清嗣あて
FAX 0980-54-1486

送信年月日 令和 6年 月 日()

〈相談実施日〉 15:00~17:00
10月2日(水)、10月3日(木)、10月8日(火)、10月9日(水)、10月10日(木)

学校・施設名

電話番号

FAX番号

| | ふりがな 生徒氏名 | ふりがな 保護者氏名 | 希望日時 ※第2希望まで記入 | | ふりがな 担任・担当者名 |
|-----|------------------|-----------------|-------------------|---------------|-------------------|
| | | | 第1 | 第2 | |
| 記入例 | なご とくろう 名護 特郎 | なご はなこ 名護 花子 | 第1 10月 2 日 | 第2 10月 8 日 | くにがみ たろう 国頭 太郎 |
| 1 | | | 第1 10月 日 | 第2 10月 日 | |
| 2 | | | 第1 10月 日 | 第2 10月 日 | |
| 3 | | | 第1 10月 日 | 第2 10月 日 | |
| 4 | | | 第1 10月 日 | 第2 10月 日 | |
| 5 | | | 第1 10月 日 | 第2 10月 日 | |
| 6 | | | 第1 10月 日 | 第2 10月 日 | |
| 7 | | | 第1 10月 日 | 第2 10月 日 | |

★本票提出を受け、日程調整を行います。調整後、各学校へFAXにてご連絡いたします。

※申し込み締め切り 8月29日(木)16時 ご協力よろしく申し上げます。