（別紙申込書）

|  |  |
| --- | --- |
| 送信先 | 茨城県立水戸聾学校　幼稚部　担当　川又　祥子　行  FAX：029-241-8148　E-mail：koho＠mito-sd.ibk.ed.jp |
| 内容 | 令和6年度　茨城県立水戸聾学校幼稚部見学会　参加申込 |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 申　込　日 | 令和6年　　　月　　　日 | | | 参加希望日 | ※参加希望日に〇をつけてください   |  |  | | --- | --- | |  | 第１回　６月18日（火） | |  | 第２回　9月19日（木） | |  | 第3回　12月3日（火） | | | | 幼　児　名 | 本校早期教育　　　歳児  　　（　　　　　　　　 　　）幼稚園・保育園　　歳児 | | | 申　込　者 | 氏　名 | （続柄　　　　） | | 連絡先 |  | | 参　加　者 | 氏　名 | 当日お子さんは（一緒に来校します・預けてきます） | | そ　の　他 | 〇教育相談について　（〇をつけてください）  　　　　　　希望します　　　　　　希望しません | | | 〇質問事項  〇幼稚園・保育園・関係諸機関からご参加の方は所属をご記入ください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |