北海道札幌視覚支援学校　学校見学希望申込書

＜申込先＞　　　　FAX：011－561－2423

eメール：sapporoshikaku-z0あっとまーくhokkaido-c.ed.jp

***※黄色いセルに、必要事項をご記入ください。***　　　　**申込日：**月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **記入者** | <>　　　　　　　　　 |
| **希望期日** | 第１希望 | 月　　　日 |
| 第２希望 | 月　　　日 |
| **希望時間帯****◯で囲ってください** | 午前　・　午後　・　全日 |
| **人数** | 　　　　　　人 |
| **所属・団体名等** | 所属・団体名： |
| <代表者>職名：　　　　　　： |
| <所在地>　〒 　　 - 　　 |
| 連絡先電話番号： - - |
| **見学の目的** |  |
|  |
|  |

注１）見学希望日の1ヶ月前までにお申し込みください。

注２）土日祝日は、見学を受け付けておりませんのでご了承ください。

注３）希望申込書到着後、学校より連絡させていただきます。

注４）個人の見学も、こちらの希望申込書で受け付けます。