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

Email: sapporoshikaku-z0あっとまーくhokkaido-c.ed.jp

 ※ゼロのあと、＠をご記入ください

太枠に、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：** |
| **第２希望：** |
| **希望時間帯****〇で囲んで下さい** | **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** |  |
|  |
|  |

1. 見学希望日の１か月前までにお申し込みください
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
3. 希望申込書到着後、学校より連絡させていただきます
4. 個人の見学も、こちらの希望申込書で受け付けます