

(個人用)

鳥取県立鳥取盲学校
乳幼児教室申込書

年 月 日

鳥取県立鳥取盲学校長 様

下記の通り、県立鳥取盲学校乳幼児教室の申し込みをします。

記

1. 対象乳幼児

ふりがな 氏 名 ・ 年 齢	所 属 (クラス名等)

2. 対象乳幼児について

<視力検査の結果、障がい名、疾病、行動の特徴など>

3. 保護者氏名(続柄)・住所・連絡先

氏名 ()	〒 住所	
連絡先 ①	氏名 (続柄) ()	TEL mail
連絡先 ②	氏名 (続柄) ()	TEL mail

4. 紹介者 無 ・ 有 ()

※この申し込み用紙に記載された個人情報は、相談以外には使用しません。また、適切に保存・処分いたします。
※支援部に電話等でご連絡 いただき、打ち合わせをしてお申し込みください。
※申込書は、個人情報保護の観点から、持参又は郵送(学校長親展)、学校代表メール(torimo-s@mailk.torikyo.ed.jp)にパスワードを設定して送付してください。