

送付先：神奈川県立みどり養護学校 教務企画グループ 東地 廉夫 行
FAX 045-474-4707

送信者： 市立 中学校
特別支援学級・通常学級 様
TEL - - (FAX - -)

(平成30年度入学希望者対象)

みどり養護学校高等部学校説明会参加について(申し込み)

*該当する数字(1本校 2分教室)に○をつけてください。

また、1, 2について**第1、第2希望日**を丸数字でお書きください。

1 みどり養護学校(本校)説明会< ①6/19 ②6/20 >に参加したい。

第1希望日 () 第2希望日 ()

2 新栄分教室説明会< ①6/14 ②6/21 ③6/28 >に参加したい。

第1希望日 () 第2希望日 ()

*参加人数を下の表にお書きください。**参加生徒名は不要**です。(中学3年を対象としております。1・2年生については、10月(本校、分教室)の学校へ行こう週間などにご参加ください。) ※分教室については10/4(水)に2年生対象の学校説明会を行います。

	中3年生徒	中3保護者		合計	備考
本校	名	名		名	
分教室	名	名		名	

*説明会の際、お聞きになりたいこと(質問等)あるいは説明会についてのご意見等ありましたら、お書きください。

*駐車スペースがありませんので、当日は車での来校はご遠慮ください。

*上履き、上履き入れ、筆記用具をご持参ください。

*ご多用中、お手数をおかけしますが、よろしくお願いたします。 切6/2(金)