

令和2年度京都府立盲学校高等部入学相談会 参加申込書

参加申込書送付先 京都府立盲学校 fax 075-462-5770

※については○で囲んでください

1 参加者

ふ 本 人 が 氏 名	年齢	性別	使用文字
			※ 普通字 () ホイット ・ 点字
学校名・学年または所属所名等			
住所 〒			
連絡先 TEL			
付添者氏名		※ 保護者・担任 ・その他 ()	

2 希望学科 わかる範囲で○で囲んでください

高等部 (中卒課程)	※ [普通科 (京都フロンティア ・ 1組 ・ 2組) ・ 音楽科 ・ 保健理療科]
専攻科 (高卒課程)	※ [普通科 ・ 音楽科 ・ 保健理療科 ・ 理療科 ・ 研究部理療科]

3 個別相談の希望 ※ [有 ・ 無]

《相談内容》

4 寄宿舍見学の希望 ※ [有 ・ 無]

※ 記載いただきました情報は厳重に管理し、入学相談会以外の目的には使用いたしません。