**平成２７年度　　学校説明会　参加申込書**

所属名　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **名　前** | **職名等** | **住　　　所** | **電　話**  **（連絡先）** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**※職名等には、保護者、本人、教職員などをご記入下さい。**

|  |
| --- |
| 【個別懇談を希望される場合は、相談内容をお書き下さい。】 |

▶連絡先◀

兵庫県立視覚特別支援学校

　　　　　　教頭　下雅意 一之

〒６５５－０８８４

神戸市垂水区城が山４－２－１

ＴＥＬ　０７８－７５１－３２９１

ＦＡＸ　０７８－７５１－３２５４

E-mail [kenritsu-svn@hyogo-c.ed.jp](mailto:kenritsu-svn@hyogo-c.ed.jp)