福井県立盲学校　学校見学会　申込書　(６／１１〆切)

|  |  |
| --- | --- |
| **見学希望日****（いずれかに○を付けてください）** | **６月１５日（火）　 　・ 　６月１６日(水)** |

◎本人、保護者の方はこちらに御記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | お子さんとの続柄 | お子さんの在籍園・校 | お子さんの学年 | 連絡先（TEL） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

◎関係機関の方はこちらに御記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関の種類(○を付けてください) |  |
| 所属名 |  |
| 参加者氏名 | ・　　　　　　　・　　　　　　　・　　　　　 (計　　名)　　 |
| 連絡先 | (TEL) (FAX)  |

◎学校見学会後、個別の相談をお受けします。どちらかに○を付けてください。

|  |
| --- |
| 　　　・希望する　　　　　　　・希望しない |
| （主な相談内容）： |

☆お手数ですが、下記のアンケートにお答えください。

①学校見学会に参加される理由について○を付けてください。

　（　　）盲学校や盲学校の様子について知りたい。

（　　）就学または転入学を考えている。

（　　）所属機関内に視覚障害（見え方に困難さがある）のお子さんまたは成人がいる。

　（　　）学校の学習で点字や歩行など視覚障害理解に取り組みたい。

（　　）視覚支援について知りたい。

（　　）その他

②学校見学会では何を見学されたいですか。

③その他、お聞きになりたいことや御要望があれば、御自由にお書きください。

**※６月１１日（金）までに、FAXまたは電話・メールにて御連絡ください。**

**※＜連絡先＞〒910-0825　福井市原目町39-8　福井県立盲学校（担当：山下・久保）**

**TEL　０７７６－５４－５２８０　　　FAX　０７７６－５４－５２８９**

**９**