

福井県立盲学校 学校見学会 申込書 (6/13(金) 〆切)

見学希望日 (○を付けてください)	第1希望	20日(金) ・ 21日(土)
	第2希望	20日(金) ・ 21日(土)

◎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）
代表者メールアドレス				

◎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)	医 療 ・ 福 祉 ・ 行 政 ・ 教 育 ・ そ の 他	
所属名		
参加者氏名	・	（計 名）
連絡先	(TEL)	(FAX)
	(メールアドレス)	

◎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がい（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がい理解に組み組みたい。

() 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13日（金）までに、FAXにてお申し込みください。インターネットで申し込むこともできます。チラシのQRコードを御利用ください。また、御不明な点がございましたら下記あて御連絡ください。

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

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