**令和６年度　授業体験会申込書**

**（聴覚障がい教育部門）**

福岡県立直方特別支援学校長　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 幼児児童生徒氏名 | ふりがな　 |
| 生年月日 | 平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日生　　（　　　才） |
| 現在の在籍校（幼稚園・保育園） | 　　　　　　　　　　　　学校・幼稚園・保育園　　　　　（　　　　）年　　　　　　 |
| 保護者氏名 | ふりがな |
| 住　所 | 〒　　　　　　　市・町・村 |
| ＴＥＬ | （　　　　　　）　　　　－ |
| ＦＡＸ | （　　　　　　）　　　　－ |
| 当日出席する人数（本人以外） | 大人（　　　　）人　　　続柄（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 身体障害者手帳 | 　有・無　　（　　）級 | 平均聴力 | 右(　 )dB　・左( 　 )dB  |

＊　関係機関の方が同伴または見学で来られる場合は所属と連絡先（住所・ＴＥＬ／ＦＡＸ）を

お書きください。

＊　特に相談したいこと（尋ねたいこと）等がありましたらお書きください。

　　授業体験の日の３週間前**まで**に送付してください。（ＦＡＸ可。送信票不要）

　　　　　　　　　　　　　　　　直方特別支援学校　ＦＡＸ　０９４９－２４－５５０８