令和５年　　月　　日

愛媛県立新居浜特別支援学校長　様

ふりがな
保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和５年度　幼児体験学習（10 月 12 日）参加申込書

ふりがな 幼児氏名		生年月日 年齢	平成　年　月　日 歳　か月	性別	
住　所	〒（　　－　　） TEL（　　－　　－　　）				
幼稚園等の 名　称					
住　所	〒（　　－　　） TEL（　　－　　－　　） FAX（　　－　　－　　）				
本児以外 の参加者	ふりがな 氏名　　続柄（　　）				
診断の有無	（　）　診断なし・未診断 （　）　診断あり（診断名：　　）				
手帳の有無	なし　・　あり　（種類：療育手帳A　・　B　その他　　）				
発作の有無 健康上の 配慮事項	発作（ なし　・　あり ）				
その他の 配慮事項	（例）高い場所が好きで登るため、注意が必要。				
本人が好きな こと・物・遊び					
本人が苦手な こと・物・遊び					
教育相談	教育相談の希望 あり（　） なし（　）	教育相談を後日実施いたします。相談を希望される方には、後日お電話をさせていただき、日程を調整いたします。実施日の希望があれば御記入下さい。 （例）　午前中がよい。　木曜日以外がよい。　など			