

令和6年度

茨城県立水戸高等特別支援学校 学校見学依頼書

学校名・学年	立	学校 第	学年
フリガナ			
生徒のお名前			
見学日時	月	日()	午前・午後 時 分～
当日参加者数 本 人___名 保護者___名 学校関係者___名 合 計___名 参加者氏名	フリガナ		
	保護者:		
	フリガナ		
	学校関係者:		
	*当日、御参加される方のお名前をお願いいたします。		
	フリガナ		
	その他:		
連絡先	電 話:		担当:
その他	*見学等で配慮が必要なことがありましたらお知らせください。		

<学校見学日程>

★1 午前の部: 9時30分受付 9:40~11:30、午後の部: 13時受付 13:10~15:00

期 日	時間★1	期 日	時間★1	期 日	時間★1
5月 9 日(木)	午前・午後	9月 5 日(木)	午前・午後	11月21日(木)	午前・午後
5月16日(木)	午前・午後	9月12日(木)	午前・午後	11月28日(木)	午前・午後
5月23日(木)	午前・午後	9月26日(木)	午前・午後	12月12日(木)	午前・午後
5月30日(木)	午前・午後	10月3日(木)	午前・午後	1月 9 日(木)	午前・午後
6月 6 日(木)	午前・午後	10月17日(木)	午前・午後	1月16日(木)	午前・午後
6月20日(木)	午前・午後	10月24日(木)	午前・午後	1月23日(木)	午前・午後
6月27日(木)	午前・午後	11月7日(木)	午前・午後		
7月 4 日(木)	午前・午後	11月14日(木)	午前・午後		

※各部、5組に達したところで、受付を終了させていただきます。 よろしくお願ひいたします。