

令和8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～
参加者氏名	フリガナ
当日参加者数 本人__名 保護者__名 学校関係者__名 合計__名	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>

★午前の部:9時50分受付 10:00~12:00、午後の部:13時20分受付 13:30~15:30

期 日	時間★	期 日	時間★	期 日	時間★
5月14日(木)	午前・午後	9月17日(木)	午前・午後	12月 3日(木)	午前・午後
5月21日(木)	午前・午後	9月24日(木)	午前・午後	12月10日(木)	午前・午後
5月28日(木)	午前・午後	10月 1日(木)	午前・午後	12月17日(木)	午前・午後
6月 4日(木)	午前・午後	10月22日(木)	午前・午後	1月14日(木)	午前・午後
7月 2日(木)	午前・午後	10月29日(木)	午前・午後	1月21日(木)	午前・午後
7月 9日(木)	午前・午後	11月 5日(木)	午前・午後	午前・午後ともに5組に達したところ で、受付を終了させていただきます。	
9月10日(木)	午前・午後	11月12日(木)	午前・午後		

◎学校関係者限定:6/18(木)、6/25(木)、11/19(木)、11/26(木) 午前・午後 各20名まで