**体験入学参加申込書**

宛先

**滋賀県立長浜北星高等養護学校**

住所

〒526-0036

滋賀県長浜市地福寺町３－７２

TEL ０７４９－６２－０９２０（代）

メールアドレス：hokusei-sh@pref-shiga.ed.jp

**長浜北星高等養護学校**　**体験入学　に参加します。**

学校名

TEL

　 記入者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （　ふりがな　）生徒名 | 性別 | 保護者(付添者)名（幼児の方の名前もご記入ください） | 備考アレルギー等、活動に配慮を要することがあればお書きください |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |

　　　　　　　　　　来校される先生の氏名

先生が来校されない場合は、斜線を引いてください。

* ５月２８日(水)**までにお申し込みください**。