

# 令和7年度 高知県立盲学校 体験入学 参加申込書

ふりがな 参加者氏名			年齢	年 月 日生 ( ) 歳
園・学校	( ) 園・学校 ( ) 組・年			
参加者連絡先	住所(〒 ) 電話番号( )			
障害名及び病名				
保護者等	氏名( ) 続柄( )	連絡先	住所(〒 ) 電話番号 ( )	
関係者	担任(氏名 ) ・ その他( )			
	連絡先	所属名 ( ) 電話番号 ( )		
体験希望学部・学科	幼稚部・小学部・中学部・高等部普通科・理療科 (体験希望の学部・学科に○を入れてください)			
給食の希望	要 ・ 不要 ※アレルギー( なし ・ ある【 】 ) ※当日、給食代を徴収します。 1食、350円程度(小学生以下)・390円程度(中学生以上) ※保護者・関係者の方は、各自で昼食をご準備ください。			
個人相談の希望 (○をいれてください)	①ある ( 学習面 ・ 生活面 ) ②なし			
希望される方、よろしければ相談内容を簡単にお書きください				
ルミエールサロン見学の希望	① ある      ②なし      (○を入れてください)			
寄宿舍見学の希望	① ある      ②なし      (○を入れてください)			
駐車場の利用	① ある (      台)      ②なし      (○を入れてください)			

【申込み・問合せ先】 高知県立盲学校 体験入学係(野中、山崎、横田、中妻)

Tel 088-823-8721 Mail mo-s8721@g.kochinet.ed.jp

\* ルミエールサロン(視覚障害者向け機器展示室)については、県庁のホームページをご覧ください。