

令和8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()	連絡先	住所(〒)			
	続柄()		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、380円程度(小学生以下)・420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 (石山・木下)

Tel 088-823-8721

* 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。