

# FAX送信票 (参加希望の方は送信してください)

送信先: 東京都立葛飾盲学校 担当 支援部 平野 あて  
〒124-0006  
東京都葛飾区堀切7-31-5  
TEL 03-3604-6435  
FAX 03-3602-9096

●件名 東京都立葛飾盲学校 学校見学会参加申し込み

- 1 見学希望日 第1希望 ..... 日 ( ..... )  
第2希望 ..... 日 ( ..... )  
第3希望 ..... 日 ( ..... )
- 2 所属名 .....
- 3 参加人数 ..... 名
- 4 参加者名 .....
- 5 学年・年齢 ..... (※本校へ相談や入学を検討されているお子様のみ、ご記入ください。)
- 6 連絡先  
〒 ..... 都・県  
..... 区・市  
TEL ..... FAX .....
- 7 教育相談 希望する ・ 希望しない (どちらか○で囲んでください)
- 8 寄宿舍見学 希望する ・ 希望しない (どちらか○で囲んでください)
- 9 その他(御意見、質問等)

申し込み締め切り 9月 11日(金)