

FAX 送信票

送信日時 令和元年 月 日 ()

【あて先】

所 属	沖縄県立桜野特別支援学校		
FAX	(0980)-54-1488	TEL	(0980)-52-3920
担当者	高等部入試係 屋比久妙子 あて		
件 名	令和2度高等部入学志願前相談申込について		

フリガナ 生徒氏名		性別	男・女
保護者氏名		続柄	
自宅住所	〒		
連絡先	TEL :	FAX:	
学校名			
連絡先	TEL :	FAX:	
相談希望日時	第1希望	第2希望	
	日 月 () 時 分	日 月 () 時 分	
学校見学	有 ・ 無		
備考			

