

F A X送信票

発送年月日	令和 元 年 月 日 ()		
送信先	青森県立むつ養護学校 教 諭 加 藤 良 成 行 F A X 0 1 7 5 - 2 6 - 2 2 8 6		
発信枚数	A 4 1 枚		
発信者	所属所名	TEL	
	職・氏名	FAX	

令和元年度 むつ養護学校学校公開 参加申込書

	参加者氏名	所 属 等 (教育関係者等の場合、役職名)	個別相談会の 参加申込の有・無
記入例①	〇〇 〇〇	□□市立■■■小学校 教諭	有 ・ 無
記入例②	△△ △△	◎◎保育園 保護者	有 ・ 無

	参加者氏名	所 属 等 (教育関係者等の場合、役職名)	個別相談会の 参加申込の有・無
1			有 ・ 無
2			有 ・ 無
3			有 ・ 無

～特別支援教育について、又は本校について、質問等がありましたら、ご記入ください。～

※その他、不明な点などがありましたら、青森県立むつ養護学校（TEL 0175-26-2210）へお問い合わせ
してください。 教頭：石戸谷 又は 教務主任：加藤 まで