**知的障害教育部門　学校見学申込書**

**（令和7年度　小１入学希望者対象）**

**・学校見学を御希望の方は、下記の欄に御記入の上、FAXまたはメールにて送付してください。**

**・申し込みは見学日の１週間前までにお願いします。**

**・御不明な点などありましたら、下記担当までお問い合わせください。**

***★中学部、他学年を見学希望の方はお電話にてお問い合わせください。***

**＜申し込み月日　令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　＞**

|  |
| --- |
| **送付先：東京都立久我山青光学園****FAX　０３－３３００－７１３6****Mail　ml-kugayamaseiko@section.metro.tokyo.jp** **特別支援教育コーディネーター：塚原　宛** |
| **知的障害教育部門（小学部）****月　　　日　の学校見学に申し込みます**　　　　　 |
| **（ふりがな）****参加者名****（同伴者があればご記入****ください）** | **※お子様の現在の年齢【　　　　　　歳】** |
| **御連絡先****（電話番号）** |  |
| 　**ご質問等がありましたら御記入ください。** |

**＜東京都立久我山青光学園＞**

**FAX　03-3300-7136 　　TEL　03-3300-6235**

**Mail　ml-kugayamaseiko@section.metro.tokyo.jp**

**知的障害教育部門　副　校　長：堀越　貴美子**

**特別支援教育コーディネーター：塚原　教子**