**都立多摩桜の丘学園学校公開申し込み用紙**

**お住まいの教育委員会へお伝えのうえ、６月１５日（木）までに**

**下記のファクシミリもしくは二次元Formsコードのどちらかで**

**お願いします。　　 ファクシミリ送付先（FAX： 042-372-9480）**

**東京都立多摩桜の丘学園　ファクシミリ取りまとめ担当者　川邊行**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **日時** | **６月２１日（水）午前９時４０分から午前１１時３０分** | |
| **参加者　氏名** |  | |
| **御住所** | **〒** | |
| **連絡先（電話）** |  | |
| **見学御希望の学部**  **（一つの番号に〇を付けてください）** | **１　肢体不自由教育部門小学部**  **２　肢体不自由教育部門中学部**  **３　肢体不自由教育部門高学部**  **４　知的障害教育部門小学部**  **５　知的障害教育部門中学部**  **６　知的障害教育部門高等部** | |
| **本校の見学** | **初めて　　過去にあり　※どちらかに〇をしてください。** | |
| **お住まいの教育委員会への連絡** | **（　　　　市）教育委員会に連絡しました** | **チェック** |
|  |

**令和５年度　都立多摩桜の丘学園　学校公開に申し込みます。**



**＜見学に当たって＞**

**「学校公開」の御案内にありますように、公共交通機関での来校をお願いします。基本は、保護者の方の授業見学になります。児童生徒または乳幼児の方が同行される際は、事前に御連絡ください。**

**別紙の「学校見学を行うに当たってのお願い」を必ず御確認ください。また、スリッパ等の内履きと外履きを入れる袋を御持参ください。よろしくお願いします。**