

2016 サマースクール申し込み用紙

このままFAXにてお送り下さい FAX 03-3943-5410

中学生 氏名 生年月日	ふりがな 年 月 日	参加 保護者 氏名	ふりがな
自宅住所	〒		
電話番号		FAX番号	
E-mailアドレス		@	
学 年	年	性 別	男 ・ 女
視力の程度 眼 疾 名	右 () 左 ()		
使用文字	点字・普通文字・拡大文字		ポイントくらい
学 校 名			
参 加 教 員 氏 名	ふりがな		
住 所	〒		
電話番号		FAX番号	
E-mailアドレス		@	
アレルギーなど注意することがあればお書き下さい。			
視覚障害以外に配慮すべきことがあればお書き下さい。			
アレルギー等で昼食不要の方のみ御記入下さい。			昼食不要 名

- * 視力の程度や眼疾名はクラス分けの参考にします。
- * 特別な配慮が必要な場合には事前に御相談下さい。
- * 全員保険に加入します。
- * なお記載いただきました個人情報の管理には十分に留意し、サマースクール以外には使用いたしません。