

**Mail** [hear-chuohsien-sh@pen-kanagawa.ed.jp](mailto:hear-chuohsien-sh@pen-kanagawa.ed.jp)

令和7年度 相模原中央支援学校  
学校説明会(視覚障害教育部門・聴覚障害教育部門)  
参加申込書

希望部門(○で囲む)		視覚障害教育部門	聴覚障害教育部門
幼児・児童氏名			
在籍学校・園名 (学年・年齢)		( )	
連絡先	TEL	FAX	

参加希望日 参加人数を御 記入ください	小学部・中学部		幼稚部	
	6月5日(木)	6月12日(木)	6月5日(木)	10月1日(水)
	本人名 保護者名	本人名 保護者名	本人名 保護者名	本人名 保護者名

※申し込みいただいた個人情報について、本事業の運営上必要な目的以外での使用をしません。また、実施後は、すみやかに破棄します。

担当者:視覚障害教育部門 保村  
担当者:聴覚障害教育部門 浅井