

送信先

宮城教育大学附属特別支援学校 行

〒980-0845 仙台市青葉区荒巻字青葉395-2
 TEL 022-214-3353 (職員室)
 FAX 022-214-3362

発信元

所属先 ()
 お名前 ()
 TEL ()
 FAX ()

件名 令和7年度宮城教育大学附属特別支援学校 高等部二次募集について

通信欄

送信枚数 1枚 ※この送信票のみお送りください

1 受検希望者本人について

よみ	
氏名	
性別	男性 ・ 女性
所属校名	

2 保護者について (当日の引率予定者のうち、1名について)

よみ	
氏名	
続柄	

3 所属校引率職員について

よみ	
氏名	
TEL	- -
Mail	

4 希望日時 (第三希望まで必須) いずれかの時間帯に○をつけて下さい

第一希望	月 日 ()	午前9時30分 ・ 午前11時00分 ・ 午後1時30分
第二希望	月 日 ()	午前9時30分 ・ 午前11時00分 ・ 午後1時30分
第三希望	月 日 ()	午前9時30分 ・ 午前11時00分 ・ 午後1時30分

5 来校の際の駐車場希望台数 () 台 ※保護者・職員合計最大2台