



学校見学のご案内

- 1 実施日 随時受け付けています。
以下の申し込み方法に従い、お申し込みください。
- 2 見学対象者 富士見市、ふじみ野市在住（または在住予定）で知的障害等を有し、次年度本校就学を希望する児童生徒本人・保護者及び、園、学校、事業所等関係者
※ふじみ野市在住の方は、新小1、新中1に限る。
- 3 申し込み方法

別紙の参加申し込み用紙に必要な事項をご記入の上、メールまたはFAX等でご連絡ください。その後、担当から、折り返しの電話を入れます。

富士見市立富士見特別支援学校

メールアドレス fyougos@circus.ocn.ne.jp

FAX番号 049-255-9420

- 4 その他
 - ・次年度就学予定の方は、学校公開日が6月24日（月）にありますので、そちらにぜひご参加下さい。別途、申込みが必要です。
 - ・次年度就学予定の方は、学校体験週間も予定されています。申し込みにつきましては、後日、ホームページで情報提供いたします。
学校体験週間 10月3日（木）～10月25日（金）
 - ・お車でお越しの際は、第2運動公園への駐車をお願いいたします。
 - ・原則1日に1組の見学としますので、事前申込みを必ずお願いいたします。
 - ・その他、ご不明点は担当までお問い合わせください。

富士見市立富士見特別支援学校

TEL 049-253-2820

担当：教頭（山形）、教務主任（飯村）

令和6年度 富士見特別支援 **学校見学** 参加申込用紙 (FAX用)

該当するものに○	保護者 (本人) ・ 園 ・ 学校 ・ 事業所 ・ その他
ふりがな	
児童生徒・氏名	
所属	() 学校・園 (通常 ・ 特別支援) 学級
ふりがな	
見学希望者氏名	
学年・年齢	学年 () 年齢 () 歳 ※令和6年4月1日現在
連絡先 <small>※日程調整のお電話を差し上げます</small>	☎
見学希望日・時間 等 <small>※幅広く書いていただけると助かります</small>	第1希望 月 日 () : 第2希望 月 日 () : 第3希望 月 日 () :
現居住市町村	富士見市 ・ ふじみ野市 ・ その他 ()
ご質問など	

FAX送信先

049-255-9420

メールアドレス

fyougos@circus.ocn.ne.jp

※メールで申し込みの場合は、上記の必要事項を記入してください。