

令和8年 月 日

所属立学校

記載責任者

(参加希望の回を記入してください。)

所属名	立学校		
住所	〒（ ）		
電話番号	TEL （ ） FAX （ ）		
e-mail			
参加希望者	職名	氏名	引率児童生徒名
★申込み締切り 第1回 5月18日(月) 第2回 6月25日(木)			

申込先
〒797-0029 西予市宇和町永長 1287-1
愛媛県立宇和特別支援学校（知的障がい部門）
TEL (0894)62-5135
FAX (0894)62-6938
E-mail yamamoto-naomi1@school.esnet.ed.jp
担当：片山直美 宇都宮弘輝