

年 月 日

岡崎聾学校 体験交流参加申込み

学年	第 学年	ふりがな	
		児童生徒氏名	
在籍校名			
在籍学級		・あてはまるものに○をつけてください。 () 通常学級 () 難聴学級 () 特別支援学級（種別： ）	
補聴機器		右：	左：
		ロジャーの有無 あり ・ なし ありの場合→(個人のもの ・ 学校のもの)	
年間交流希望日数		日（最大５日）	
食物アレルギー		なし・あり（ ）	
体験交流に関する御希望や御要望等がありましたら、自由にお書きください。			