

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6日)		
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。			