

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。			