

神奈川県立のふれあいの村等学校利用施設希望調査書（令和 9 年度用）

令和 年 月 日

各施設利用希望調査ご担当者 宛

次のとおり県立のふれあいの村等の利用を希望します。

学 校 名					学校長名				
学 校 所 在 地	〒								
連絡責任者					連 絡 先	電 話 () F A X ()			
主な利用 目 的									
希望施設	足柄 愛川 ※希望される施設一つに○をお付けください。								
希望日程	第 1 希望	年 月 日 () から 年 月 日 () まで		泊 日					
	第 2 希望	年 月 日 () から 年 月 日 () まで		泊 日					
	第 3 希望	年 月 日 () から 年 月 日 () まで		泊 日					
利用学年	学 年			利用学級数		学 級			
利用予 定 人 数	園 児 生 児 童 徒	男	人	引 率 者	男	人	合 計 (A)+(B)	人	
		女	人		女	人			
		小計 (A)	人		小計 (B)	人			
備考欄									
教育支援センター等の利用									
特別支援学級等の利用									
車イス使用又は肢体不自由									

※備考欄の項目に該当する場合、空欄に○又は人数を御記入ください。なお、補足のコメントや上記日程以外の利用希望日程がある場合は、備考欄の余白に御記入ください。