

令和7年度 福島県立只見高等学校 体験入学参加者申込書

中学校名	立 中学校		
ふりがな		担当者役職	
担当者氏名			

送付先	メールアドレス	tadami-h@fcs.ed.jp	どちらかにお送りください
	ファックス番号	0241-82-2554	

No.	参加生徒氏名	ふりがな	学年	保護者 同伴	体験授業 第1希望	体験授業 第2希望
例	只見 深雪	ただみ みゆき	3	○	英語	社会
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

教員・保護者参加者数

教員数	名
保護者数	名

※7月11日（金）までにお知らせください。