

学年・組 児童氏名 ()

学年・組 児童氏名 ()

学年・組 児童氏名 ()

シミュレーション実施日 月 日

ご住所 町田市 _____

◎ご質問・ご意見(危険箇所やお気づきの点、ご感想など)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*ご協力ありがとうございました。
本日担当職員へ提出するか、または、後日学級担任までご提出ください。実施後 1 週間以内
をお願いします。