北海道伊達高等養護学校　支援相談部　宛

FAX番号　０１４２－２５－５１１５

令和６年度　教育相談申込　FAX用紙　***＊鑑は不要です。***

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 | ふりがな |
|  |
| 連絡先 | TEL　　　　　　　　　　　（　　　　　　）  FAX　　　　　　　　　　　（　　　　　　） |
| 担当者 | 【担任　・　コーディネーター　・　進路担当　・その他（　　　　　　　　　　　）】 |
| 希望日時 | 第１希望：　　　　月　　　　　　日（　　　　　）　　　　午前　・　午後  第２希望：　　　　月　　　　　　日（　　　　　）　　　　午前　・　午後  第３希望：　　　　月　　　　　　日（　　　　　）　　　　午前　・　午後  【その他、日時に関する希望があれば、御記入ください】  ＊希望日時に空きがあれば「日程決定」のFAXを送付いたします。希望日時で都合が付かない場合は、支援相談部担当者から改めて日程調整の御連絡をさせていただきます。 |
| 相談希望者  （当日来校人数） | 児童・生徒  小学・中学（　　　　　）年　　　　性別（　　　　）  所属学級　＊〇を付けてください　　　知的　・　自閉情緒　・　通常　・　その他（　　　　　　　　　　）  保護者　　　（　　　　　）名  教師　 　（　　　　　）名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　合計　　（　　　　　）名  見学の希望　　　＊〇を付けてください　　　　　　希望　　・　不要  主な相談内容　　＊簡単に御記入ください |
| 備考  （配慮事項等） |  |

　＊正確な来校者氏名等は､実施日決定後に御送付いただく依頼文に御記載ください。