

令和6年度

岐阜県立中濃特別支援学校 高等部 教育相談 申込書

1 生徒名及び参加保護者名

生徒氏名	参加保護者氏名
ふりがな ( )	
学校名	連絡先 ※学校
学校	電話 ( ) —
参加担当者名	メール

2 希望する相談日時

	希望日	希望開始時刻
第1希望	月 日 ( )	:
第2希望	月 日 ( )	:
第3希望	月 日 ( )	:

※実施期間は、8月26日(月)～10月25日(金)です。

※開始時刻は、『10:00』『13:30』『16:00』とさせていただきます。3つのうちいずれかをご記入ください(どの開始時刻でも問題ない場合は、空欄でかまいません)。それ以外の時間を希望される場合は、担当者(部教務)までご相談ください。

※相談時間は、30分～1時間程度を予定しています。

【送付先】岐阜県立中濃特別支援学校 部教務 (金田 智文)

【メール】 [p51182@gifu-net.ed.jp](mailto:p51182@gifu-net.ed.jp)

\* 件名には「高等部教育相談申込(〇〇中学校)」と入力してください。

添付ファイルには以下のパスワードを設定してください。

「chuno」(小文字5文字)

提出期限 令和6年7月23日(火) 必着