**令和７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（　　　　　）　　　―****メール** |
| 参加担当者名 |
|  |

　**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２５日（月）～１０月２４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　（森川 優也）

【メール】p61335@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７年７月２２日（火）必着**