

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 () —
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