

令和 8 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24日(月)～10月23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 (高島 朋美)

【メール】p41755@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。

提出期限 令和8年7月16日(木) 必着