

令和3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 () —
参加担当名	FAX () —

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、9月13日(月)～11月12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分間～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 (石井王大)

【FAX】0575-24-6265

*送信票は不要です。本用紙のみをFAXしてください。

提出期限 令和3年9月10日(金) 必着