

令和 6 年度 岐阜県立岐阜本巣特別支援学校高等部

教育相談申込書

学 校 名 等	
生徒氏名	
保護者氏名	
学校担当者氏名	
連絡先（学校電話）	

●岐阜市在住の方は記入してください。

主たる就学・進路先	教育相談の状況
○を付けてください ・岐阜特別支援学校（知的障がいの方） ・岐阜希望が丘特別支援学校（肢体不自由の方） ・長良特別支援学校（病弱の方）	主たる就学・進路先の学校の教育相談を 予約（又は 予定） ・ 終了 した 【日にち： 月 日】※おおよそでも可

教育相談希望日時を第 3 希望まで記入してください。

第 1 希望日	月 日 () 午前 ・ 午後
第 2 希望日	月 日 () 午前 ・ 午後
第 3 希望日	月 日 () 午前 ・ 午後
備考	※「何時～何時は都合が悪い」「○曜日ならいつでも可」などあれば、お書きください。

* 締め切り 6 月 2 1 日 (金)