

岐阜本巣特別支援学校 小学部 就学・教育相談申込書

| | |
|---------------------------------|---|
| 学 校・園等名 | |
| ふ り が な 幼児・児童氏名 | |
| ふ り が な 保護者氏名 | |
| 所属の連絡先 * 未所属の場合は、 保護者の連絡先 | (住所) 〒 |
| | (電話番号) ※日程調整をして折り返し連絡いたします。つながりやすい連絡先をご記入ください。 |
| 園、療育センター、学校等 担当者氏名 | |
| 連絡等 | |

●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 |

別紙案内の相談期間を参照の上、希望日と時間を第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 |