

令和 年 月 日

岐阜本巣特別支援学校 中学部 教育相談申込書

学 校 名	
ふ り が な 児童氏名	
ふ り が な 保護者氏名	
所属の連絡先	(住所) 〒
※未所属の場合は、 保護者の連絡先	(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。
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

✂切 6月20日（金）