

教育相談記録表

三重県立稲葉特別支援学校中学部

令和 6 年度

相談担当者名(西井 和秀)

来校年月日	令和 年 月 日() 時 分～ 時 分		
来校者	保護者(続柄)・本人・担任・その他()		
来校の目的			
ふりがな		性別	
本人名前			
生年月日	平成 年 月 日生(歳)		
ふりがな			
保護者名前			
住所			
電話番号	Tel — — (自宅・その他)		
連絡先 (施設生のみ)	名前 (続柄) Tel — — (自宅・その他) 住所 〒		
本人の経歴	_____ 保育園 _____ 年間 ・ _____ 幼稚園 _____ 年間 _____ 小学校 通常学級 _____ 年間 ・ 特別支援学級 _____ 年間 _____ 中学校 通常学級 _____ 年間 ・ 特別支援学級 _____ 年間 その他()		
現在の担任と 連絡先	先生 Tel — — (学校)		
本人について			
	療育手帳(有 ・ 無) A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2		
	身体障害者手帳(有 ・ 無) 種 級()		
	その他		

裏へ↓

[illegible]