

教育相談（高） 申込書

申込日：令和 年 月 日

* この用紙に記入し、郵送または F A X にてお申し込みください。

ふりがな			
生徒名			
在籍学校名等	立 学校		
	電話		
	F A X		
学校担当者名	() 特別支援学級担任 () 学級担任		
保護者名			
相談希望日	第1希望	月	日 ()
	第2希望	月	日 ()
	第3希望	月	日 ()

* お申し込みいただいた内容を確認した後、日程調整等について本校より連絡させていただきます。

* ご記入いただいた個人情報につきましては、本相談以外には使用しません。また、適正に廃棄させていただきます。

事務担当

三重県立城山特別支援学校 高等部主事

T E L 0 5 9 - 2 3 4 - 9 4 6 0

F A X 0 5 9 - 2 3 4 - 3 4 3 2