

教育相談（小・中） 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			
お子様の名前	(歳)		
在籍園・学校名			
保護者名			
ご住所			
連絡先 (日中に連絡の付く電話番号)			
相談希望日	第1希望	月	日 ()
	第2希望	月	日 ()
	第3希望	月	日 ()
授業体験があります。その際、配慮が必要なことがあればご記入ください。 (例：「まぶしい光が刺激になり、発作が誘発される」など)			
給食体験があります。アレルギーなど、配慮が必要なことがあればご記入ください。			

* 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

小学部主事・中学部主事

TEL 059-234-9460

FAX 059-234-3432