

就学相談 申込書

申込日：令和 年 月 日

* この用紙に記入し、郵送またはFAX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		
	FAX		
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。

事務担当

三重県立城山特別支援学校

高等部 主事 奥井 克則

TEL 059-234-9460

FAX 059-234-3432