松橋西支援学校高等部教育相談申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 令和６年　　月　　日 |
| 学校名 |  |
| 学校電話 |  |
| 申込者名 |  |

１　教育相談希望日（第３希望までお書きください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第１ | 第２ | 第３ |
| 月　　　日（　　　） | ＡＭＰＭ | 月　　　日（　　　） | ＡＭＰＭ | 月　　　日（　　　） | ＡＭＰＭ |

※　都合により希望日に実施できない場合もあります。その場合は別途日程調整をお願いすることがあります。

２　参加者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな生徒氏名 | 性別 | 所属学級等（○で囲んでください） |
|  |  | 通常学級特別支援学級：知的　　自閉症・情緒　　他（　　　　　　　）特別支援学校：一般学級　　重複学級 |

３　引率者等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 区分（○で囲んでください） | 自動車の台数 |
|  | 保護者職員 |  |
|  | 保護者職員 |  |
|  | 保護者職員 |  |
|  | 保護者職員 |  |

※　教育相談時には、保護者のみではなく、可能な限り担任も引率をお願いします。

申し込み／問い合わせ先

熊本県立松橋西支援学校高等部

担当：高等部主事　 近藤　智治

E-mail: kondou-t-bz@mail.bears.ed.jp

ＴＥＬ　０９６4－3４－3811

ＦＡＸ　０９６4－34－3812