

学校名 _____

校長名 _____

教育相談申込書

生徒氏名	保護者氏名	学年	担任氏名及び連絡先
第1希望 日時	月 日 曜日 午前 ・ 午後		<相談希望内容>
第2希望 日時	月 日 曜日 午前 ・ 午後		
第3希望 日時	月 日 曜日 午前 ・ 午後		
いつでもよい	右の欄に ○をしてください		
在学又は 出身学級	<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 自閉症・情緒障害特別支援学級 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 知的障害特別支援学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校
<療育手帳>		<諸検査>	
<input type="checkbox"/> 有 < A ・ B > <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 取得予定 < R 年 月頃 >		実施日: H・R 年 月 日 検査名: 結果(IQ): 検査機関:	

注

- 1 教育相談は三者(本人・保護者・担任)で参加してください。
- 2 「教育相談申込書」提出の締め切りは、9月16日(金)です。
- 3 教育相談当日欠席の場合は、事前に必ずご連絡ください。
- 4 同じ学校に複数の希望者がいる場合は、申込書を人数分ご提出ください。