教育相談・学校見学　申込書

愛媛県立みなら特別支援学校長　様

このことについて、次のとおり申込みます。

令和　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象幼児児童生徒について | | | ふりがな  氏　　名　　　　　　　　　　　　　（性別　　　　） | |
| 園名・学校名・学年 | |
| 学校等からの申込み | 園名・校名 | |  | |
| 申込者氏名  （対象幼児児童生徒との関係） | |  | |
| 所在地 | |  | |
| 電話番号 | |  | |
| FAX番号 | |  | |
| 保護者からの申込み | 申込者氏名  （本人との関係） | |  | |
| 電話番号 | |  | |
| 相談内容 | | |  | |
| 相談方法 | | □　来校相談　　□電話相談　　□その他（　　　　　　　　　　　　　） | |

＊　日程調整等について折り返し連絡いたしますが、連絡にはお時間をいただくことがあります。

FAX送付先：愛媛県立みなら特別支援学校

〒791-0211　愛媛県東温市見奈良１５４５　FAX**０８９－９６４－８５４５（教頭宛）**

　 TEL　０８９－９６４－２３９５