

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 <small>(対象幼児児童生徒との関係)</small>		
	所在地		
	電話番号		
	FAX 番号		
保護者からの申込み	申込者氏名 <small>(本人との関係)</small>		
	電話番号		
相談内容			
相談方法	<input type="checkbox"/> 来校相談 <input type="checkbox"/> 電話相談 <input type="checkbox"/> 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 1 5 4 5 FAX 0 8 9 - 9 6 4 - 8 5 4 5 (教頭宛)