

## 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、次のとおり申し込みます。

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		
相談を希望する学部 (○をつけてください)	小学部	中学部	高等部
相談内容	<input type="checkbox"/> 就学・進学について <input type="checkbox"/> 子どもの理解・支援について <input type="checkbox"/> その他 ( )		
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1545 FAX 089-964-8545 (教頭宛)