

FAX送信先（送信票不要）：086-728-2823

高等部主事 實村 宛

岡山県立誕生寺支援学校知的障害部門高等部（弓削校地）  
第2回 学校公開時教育相談申込書

学 校 名	
担 任 名	
所 在 地	
電 話 番 号	
学校メールアドレス	

教 育 相 談 参 加 者	
ふりがな 本 人	
学 年	( ) 学年
保護者	続柄 ( ) 続柄 ( )
相談内容	

教育相談希望調査

※9月24日（木）、29日（火）からご記入ください。

教育相談希望日	第1希望 月 日 ( 曜日)
※必ず、第2希望まで 記入してください。	第2希望 月 日 ( 曜日)

※希望日を参考に調整し、決定した日時については各校に文書でお知らせします。

(希望者が複数いる場合は、各校で調整の上、お申込みください)。

※必ずしも希望どおりにならない場合もあります。

※9月2日（水）までにFAXまたは、郵送でお申し込みください。

※申し込まれた学校については、**学校メールアドレス宛に教育相談票（書式）**を送付させていただきます。 教育相談票締切り日：9月11日（金）