**メールまたは郵送でお申込ください。**

**メール送信先：****tanjoji19@pref.okayama.jp**

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 |  |
| 電話番号・FAX番号 | TEL　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| 学校メールアドレス |  |

|  |
| --- |
| 教　育　相　談　参　加　者 |
| 学　年 |  ３学年 |
| 保護者 |  続柄（　　　　　　） 続柄（　　　　　　） |
| 相談内容 |  |

教育相談希望調査

※１０月８日（水）、９日（木）の中からご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 教育相談希望日時 |  　希望日　　　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１６（火）までに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２６日（金）