

FAX送信先（送信票不要）：086－728－2823

主幹教諭 岡田 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			
ふりがな 本 人 学 年	3 学年		
保護者	続柄（ ） 続柄（ ）		
相談内容			

教育相談希望調査

※9月28日（火）、29日（水）の中からお記入ください。

教育相談希望日時 ※必ず、第2希望まで 記入してください。 ※午前・午後に○印を 記入してください。	第1希望	月	日（	曜日）	午前・午後
	第2希望	月	日（	曜日）	午前・午後
学校見学希望	有 ・ 無				
寄宿舍見学希望	有 ・ 無				

※希望日時を参考に調整し、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13（月）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17日（金）