

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

対象生徒について	ふりがな 氏 名 (性別)	
	学校名・学年	
学校等からの申込み	学校名	
	申込者氏名 (対象生徒との関係)	
	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	☐ 就学・進学について ☐ 子どもの理解・支援について ☐ その他 ()	
相談方法	☐ 来校相談 ☐ 電話相談 ☐ 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。

申込先：愛媛県立みなら特別支援学校 松山城北分校 〒799-2655 愛媛県松山市馬木町 2325 TEL <u>089-979-5650</u> FAX <u>089-979-5651 (支援推進課)</u>
