

教育相談申込用紙

北海道室蘭聾学校教頭宛

学校名 団体名 等	ふりがな
	連絡先 TEL () FAX () 担当者氏名
相談内容	相談したい内容や、ご希望などございましたら、ご記入下さい。
日時の希望	日時に関するご希望がございましたら、お書き下さい。 * 日時はご相談の上、決定させていただきます。

来 校 者	氏 名		性別	* 相談者について該当する項目に○をご記入下さい。	
	相 談 者	ふりがな		① 保育所 ()	
		【生年月日】 年 月 日 (歳)		男	② 幼稚園 ()
				女	③ 発達センター () ④ 支援学級(知・情・肢・病・視・聴) () 年生 ⑤ 通常学級 () 年生
				* 引率者について該当する項目に○をご記入下さい。	
				⑥ 保護者 ⑦ 教師 ⑧ 保健師 ⑨ その他 ()	

* 氏名の記入欄が足りない場合は、コピーしてお使い下さい。

* FAX、もしくはE-mail で申し込みしてください。日程を調整して、後日担当者から連絡いたします。

【聾学校押印欄】

校 長	教 頭	事務長	回 議	担当者

0 5 0 - 0 0 7 1 北海道室蘭市水元町5 6 番地2 4 号

電話 0 1 4 3 - 4 4 - 1 2 2 1

FAX 0 1 4 3 - 4 4 - 1 2 0 8

E-mail : muroranrou-z0@hokkaido-c.ed.jp