**令和５年　　月　　日**

**愛媛県立しげのぶ特別支援学校**

**支援相談課　山本ゆかり　宛**

**（FAX　０８９－９６４－３４９６）**

**夏の教育相談会申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **参　加　者　氏　名** |  |
| **勤　務　先** |  |
| **電　話　番　号** |  |
| **ＦＡＸ　番　号** |  |
| **Ｅ　メ　ー　ル** |  |
| **１　参加される内容に○を付けてください。**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **教材教具、参考図書の展示** |
|  | **教育相談** |

**２　教育相談を希望される方のみ、御記入ください。** |
| **希望する部門に○を****付けてください。** | **身体　　　　　　　　コミュニケーション****認知・学習　　　　　食事** |
| **希望する日時の順に番号を****書いてください。****（どうしても困る時間には****×を入れてください。）** | **（　　）８月２日（水）****（　　）８月３日（木）****（　　）８月４日 (金)** | **（　　）　10：00～11：00****（　　）　11：15～12：15****（　　）　13：30～14：30****（　　）　14：45～15：45** |
| **対象児童生徒の所属等****（学校・学級・学年・性別）** | **学校　　　　学級　　　学年　男・女** |
| **相談したいこと****課　　　題** |  |