

令和6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。

<input type="checkbox"/>	教材教具、参考図書の展示
<input type="checkbox"/>	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6日(火)	( ) 10:00~11:00		
	( ) 8月7日(水)	( ) 11:15~12:15		
	( ) 8月8日(木)	( ) 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				