

愛媛県立しげのぶ特別支援学校

支援相談課 濱口可奈 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	
F A X 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5日(火) ☐ 8月6日(水) ☐ 8月7日(木)	☐ 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		