

令和8年 月 日

愛媛県立しげのぶ特別支援学校
支援相談課 亀山美幸 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 認知・学習	コミュニケーション 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4日(火) ()8月5日(水) ()8月6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		