

教育相談申込票（特別支援学校用）

岩手県立気仙光陵支援学校

ふりがな 生徒氏名	(男 ・ 女)		
ふりがな 保護者氏名			
連絡先住所			
電 話 番 号	Tel ()		
学 校 名	岩手県立 支援学校 (通常 ・ 重複障がい 学級) 平成 ・ 令和 年 月 卒 業 ・ 卒業見込み		
学 校 住 所	〒		
電 話 番 号	Tel () / Fax ()		
担 任 名			
特に相談したいこと			
入舎に関する相談	希望する ・ 希望しない		
来校予定者	保護者 () 担 任 ()		
相談希望日	第1希望 月 日 () 午前 ・ 午後 ・ どちらでも可 第2希望 月 日 () 午前 ・ 午後 ・ どちらでも可		