

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