見学受付票

盛岡となん支援学校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **（ふりがな）**  **相談者氏名** |  |
|  |
| **（ふりがな）**  **児童生徒氏名**  **生年月日** |  |
| **平成　令和　　　年　　月　　　日** |
| **（ふりがな）**  **保護者氏名** |  |
|  |
| **住　所** | **〒**  **（電話）**  **（携帯）** |
| **在籍校・園**  **学年・学級** |  |
| **障がいの状況** | **障がい名**  **医療的ケア　　（　　　有　　　　無　　　）**  **主治医**  **医療機関名** |
| **手帳** | **身体障害者手帳　　　有　　　無　　　　　　　種　　　　　　　級**  **療育手帳　　　　　　　 有 　　無　　　（　　　　　　　　　　　）** |
| **相談内容**  **（簡単にお書きください）** |  |
| **見学希望日** | **第一希望　　　　　月　　　日（　　　）　　　AM　　　　　PM**  **第二希望　　　　　月　　　日（　　　）　　　AM　　　　　PM** |