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** |