夏の教育相談　申込書

**県立都城さくら聴覚支援学校**

**教育相談担当　宛　　（０９８６）２２－０６２８（ＦＡＸ）**

**（０９８６）２２－０６８５（電話）**

「教育相談の御案内」をお読みのうえ、７月１６日（金）までにＦＡＸまたは電話にてお申し込みください。相談日枠が埋まりましたら、受付終了いたします。

☆　下記をご記入ください。

学校名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

学年（　　　）年　　　児童生徒名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

御自宅の連絡先　（　　　　）　　　　－

〇　相談したい内容を御記入ください。（重複記入可）　➡（　　　　　　　　　　　）

①：聴力測定、補聴器等の点検及び調整、聞き取り検査など

　②：学校生活全般（学習面、生活面、コミュニケーション、障がい理解など）

　③：情報提供（高校入試、大学入試、情報保障、教育支援員、就労、福祉など）

　④：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

〇　相談希望日（第一希望：①、第二希望：②）を下記に御記入ください。

　【相談予定日】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ７月 | 13:30～ 14:30 | 15:00～ 16:00 |
| ２６日（月） |  |  |
| 　　２７日（火） |  |  |
| 　　２８日（水） |  |  |
| 　　２９日（木） |  |  |

※　第一、第二を調整して、決まった相談日を各御家庭にお知らせします。