

# 教育相談カード

ふりがな 氏名 (保護者・関係者)											
電話番号	(電話連絡がつく希望の時間帯があれば、一緒に御記入してください。)										
F A X											
相談希望日	・希望する日をお書きください。 <table border="1" data-bbox="501 752 1345 1046"> <tr> <td>第一希望</td> <td>月</td> <td>日 ( )</td> </tr> <tr> <td>第二希望</td> <td>月</td> <td>日 ( )</td> </tr> <tr> <td>第三希望</td> <td>月</td> <td>日 ( )</td> </tr> </table> <p>教育相談係より相談日時をお知らせします。 その際、簡単な相談内容についてうかがいます。</p>		第一希望	月	日 ( )	第二希望	月	日 ( )	第三希望	月	日 ( )
第一希望	月	日 ( )									
第二希望	月	日 ( )									
第三希望	月	日 ( )									
その他	相談に関することや、連絡方法等、要望がありましたら御記入ください。										
対象のお子様の年齢、学年を御記入ください。											
お子様の年齢・学年	(	歳・学年 ) 年)									

富士特別支援学校 特別支援教育コーディネーター(教育相談係) 宛

電話 0545-36-2345 FAX 0545-36-2397