**相　談　受　付　申　込　書**

FAX送信状

TEL 098-945-3008

FAX 098-946-5567

**支援部行き**

**※太枠内の記入を宜しくお願いします。**

受付番号　（№　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　沖縄県森川特別支援学校

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日時 | 令和　　年　　　月　　　日　　　　時　　　分 | 対応者 |  |
| 相談形態 | 1. 教育相談(電話・来校・訪問)　　② 学校訪問　　③ 資料・情報提供

④ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 相談者 | 氏　名 | 対象者との関係 |
| 電話・FAX | 電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　 |
| 対象者 | ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**※FAX送信の場合はイニシャル**氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女 |
| 所　属 | 保/幼/小/中/高在宅/施設(入/通) |
| 住　所　　　（　　　　　　　　　　　　　）　市　・　町　・　村 |
| ☎ | その他／手帳の所持 |
| 相談内容（主訴） | （１）該当する番号に○をつけて下さい。①　養育　②　障害や発達の状態　③　就園・就学・転学　④　学校教育　⑤　進路　⑥　学校見学　⑦　体験入学　⑧　児童生徒の指導　⑨　家庭支援　⑩　その他（２）具体的な質問内容や子どもの様子、学校側の対応など記入して下さい。　 |
| 相　談希望日 | 第1希望　　　　年　　　月　　　日（　　　　）　　AM・PM　（　　　）時第2希望　　　　年　　　月　　　日（　　　　）　　AM・PM　（　　　）時 |