

相談受付票 保護者用

岩手県立一関清明支援学校

※太枠内にご記入ください

見 学 年 月 日	令和 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分
(ふりがな) 相談者氏名	(子どもとの続柄 _____)
(ふりがな) 児童生徒氏名 生 年 月 日	平成 年 月 日 歳 (男・女)
(ふりがな) 保護者氏名 ※相談者と異なる場合のみ 記入願います	
病名・障がい名	
学 校 名 学 年	学校 _____年 (通常, 知的, 自・情, 難聴, 病弱・身体虚弱, 肢体不自由)
担 任 名	先生 (当日同行の先生 _____ 先生 特別支援 CO ・ 養護教諭)
自 宅 住 所 (電話番号)	〒 電話 _____
相 談 内 容 (簡単にご記入下さい)	
本校を知ったきっかけ ※該当するものに ○をつけてください。	本校ホームページ 小中学校からの勧め 医療機関 (_____) その他 (_____)
※見学担当者記入欄	担当 (_____)