

教育相談予約カード

※整理番号（ ） 受付日（ ） 相談日（ ）

太枠のみご記入ください

お子さんの年齢	歳	性別	男 ・ 女
所 属	こども園 ・ 幼稚園 ・ 保育所 ・ 小学校 ・ 中学校 ・ 高等学校		
診断の有無	（ あり ・ なし ）		
他の相談機関	（ あり ・ なし ）		
相談者氏名			
お子さんとの関係			
電話・FAX番号	TEL	FAX	
メールアドレス			
希望する連絡方法	TEL ・ FAX ・ メール		
希望する相談方法	来校（支援者のみ ・ お子さん同伴） ・ 電話 ・ メール ・ 訪問		
希望する相談日時	いつでも可 ・ 月曜 ・ 火曜 ・ 水曜 ・ 木曜 ・ 金曜		
※当てはまるものすべてに ○をつけてください。	いつでも可 ・ 9:30~ ・ 13:30~ ・ 15:30~ ・ その他（ ）		
相談の内容			

お子さんの氏名	
住 所	
園・学校・施設名	
診断名	
主治医	
お子さんの具体的な様子	

FAXはこちらへ⇒ 0 2 2 - 2 1 4 - 3 3 6 2 宮城教育大学附属特別支援学校（地域支援担当）