

年 月 日

島根県立松江清心養護学校長 行

園長
所長

松江清心養護学校 教育相談 申込書

ふりがな お子様のお名前		
生まれた年・月	年	月
園名 所名		
所在地	〒	
	Tel	Fax
担任名		
特別支援教育 コーディネーター名		
保護者名		
こちらから連絡させていただく場合 の窓口の方のお名前・都合のいい時間 帯をご記入ください	お名前	時間帯

以下の内容について、教育相談を希望します。

(希望する項目すべてに○をつけてください)

- () 身体の動きについて
- () 摂食について
- () 就学について

<その他、希望がありましたらご記入ください>

※下記の住所まで郵送してください。

〒690-0864 松江市東生馬町 11 島根県立松江清心養護学校 水野真季子宛