

年 月 日

島根県立松江清心養護学校長 行

高等学校長

松江清心養護学校 教育相談 申込書

学年	年	ふりがな 生徒名	
学校名			
学校所在地	〒		
	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)

- ( ) 合理的配慮について  
( ) 学習について  
( ) 進路についての情報提供をしてほしい

<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