魚沼地区特別支援教育フェスタ・ミニ教育相談申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　学校（　　　　） |
| 相談者名 | ふりがな対象児との関係（　　　　　　　） |
| 対象児名（性別） | ふりがな（　　　） |
| 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 | 学年等（年齢） | 　　　（　　　　　）歳 |
| 障害について | 診断（有・無）　診断名（有の場合） | 手　帳 | 療育手帳（Ａ・Ｂ）身体障害者手帳（１種・２種）精神保健福祉手帳（有・無） |
| 主訴（相談の理由） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

★申込方法★

1. 本申込書を、１２月１日（金）までに以下のアドレスに添付にてご送付ください（※ファックスはご遠慮ください）。

　○宛　　　先：school@koide-tk.nein.ed.jp

　○件　　　名：「特別支援教育フェスタ・ミニ教育相談申し込み」

　○パスワード：「**minisoudan」※個人情報となりますので、必ず設定してください。**

1. ミニ教育相談の枠は８名までとなっておりますので、申し込み多数の場合は、抽選にて選ばせていただきます。結果はすぐに連絡いたしますので、選ばれた方は、１２月８日（金）までに、個別の指導計画・支援計画等、現在学校・園にある関係資料を下記宛てに郵送ください。

○宛　　　先：〒946-0035　魚沼市十日町1738-2

県立小出特別支援学校　魚沼地区特別支援教育フェスタ事務局