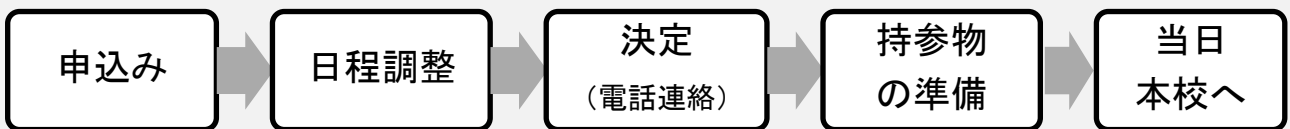


# 教育相談申込書

令和 年 月 日

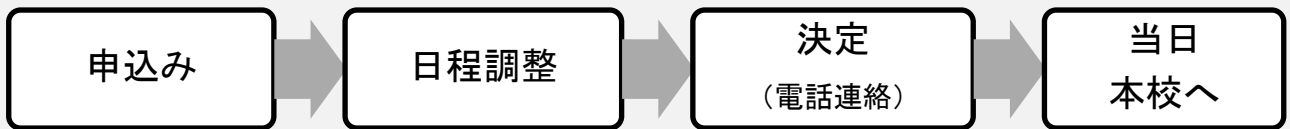
所属			※対象者について 手帳の取得(有・無) 医療的ケア(有・無)	
所在地	〒 _____			
電話番号	_____		ふりがな	_____
			担当者氏名	_____
相談日時	第一希望	月 日 ( )	第二希望	月 日 ( )
		: ~ :		: ~ :
備考				

## <入学・転学に係る教育相談実施までの流れ>



※入学・転学に係る教育相談当日は、本人、保護者及び担任(担当者)で御来校ください。

## <生活・学習・進路のこと等に関する教育相談実施までの流れ>



担当者：平川 真衣  
住 所：呉市焼山北三丁目 22-1  
T E L：(0823) 33-0300  
F A X：(0823) 33-0308