|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  （フリガナ）　子どもの名前 |  | 男　女  | 平成　　年　　月　　日生学年（　　　　） |
|  |
| （フリガナ）　保護者の名前 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 自宅住所 | 〒（　 　－　　　　　） |
| TEL |  | FAX |  |
| 保護者の相談内容 | 希望する相談方法に○を記入してください。（　　）**聴覚支援学校での教育相談**（　　）**交流活動の案内**※教育相談を希望する場合は、相談したい項目の希望順位を数字で記入してください。（　　）きこえ（ 人工内耳　補聴器　その他 ）（　　）ことば・コミュニケーション（ 発音　ことばの理解・表出 ）（　　）学校生活（ 対人関係　　集団行動 ）（　　）進路相談**相談したいことがある場合には、具体的に内容等を下段にお書きください。** |
|  |
|  |
|  |
| 在籍学校名 |  |
| 学年･組 |  | 担任氏名 | 　　　　　　　　　　　 |
| 学校住所 | 〒（　　－　　　　） |
| TEL |  | FAX |  |
| 担任の相談または学校の様子 | **具体的にお書きください。（必須）** |
|  |
|  |
|  |
|  |

保護者

記入年月日：　　　　年　　月　　日（　　　）

（ 新規 ･ 継続 ）いずれかに○を記入

**令和６年度　香川県立聴覚支援学校「きこえとことばの相談支援センター」教育相談登録書**

**（様式２）**