|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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 | |  | | | | |
|  | | | | |
| 自宅住所 | | 〒（　 　－　　　　　） | | | | |
| TEL | |  | | FAX |  | |
| 保護者の相談内容 | ※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７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」教育相談申込書**

**（様式２）**