年　　月　　日

　群馬県立聾学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　学校名

 　　　　　　校長名　　　　　　　　　　　印

群馬県立聾学校 聴覚障害支援センター

「教育相談」の希望について（申し込み）

　下記の児童生徒について、「教育相談」の申し込みをします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　児　童　生　徒 | 　　 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 年齢 |  | 性別 |  |
|  |  |
| 住　　　　所 | 〒 |
| 電話またはＦＡＸ |  |
| ふりがな学級担任氏名 |  |
| 学年　　組 | 学年　　　　組 |
| ふりがな特別支援教育コーディネーター氏名 |  |

障害の状況等（あてはまるものに○を付け、必要なことを記入してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主な障害の状況 | 難　聴　・　言語障害 | 補聴器の使用 | なし・補聴器・人工内耳 |
| 希望相談頻度 | 月１回　・　隔　月　・　学期１回　　・　年（　）回 |
| 補　足　事　項 |  |