

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	ふりがな 氏 名			
	生年月日	平成	年	月 日
	年齢			性別
ふりがな 保護者氏名				
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	あり ・ なし
希望相談頻度	月1回 ・ 隔 月 ・ 学期1回 ・ 年（ ）回		
補 足 事 項			