『きこえとことば ・ 見えかた教育相談会』参加申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)幼児児童生徒氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　女 | 記入日 | 　 |
| 保　・幼　・学校（学年） |  | 生 年月　日 |  |
| （ふりがな）相談者氏名 |  | 所属(職種） |  |
| （ふりがな）同伴（引率）者氏名 |  |  |
| 連絡先住所電話番号 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　―　　　　　　　　― |
| 相談希望時間帯○をつけてください。 | ・　午前　　・　午後　　・　午前／午後　どちらでも可能 |
| 主な相談内容（　○をつけてください。複数でもかまいません。） |
| ・きこえとことば(聴覚)　　　　　　　　　　・みえかた（視覚）　　　 |
| 相談内容（できるだけ、詳しくご記入ください。） |

※個人情報保護のため、別紙質問用紙とともに郵送してください。