『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。