（様式１）

**教育相談申込票**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **幼児・児童・生徒等** | （ふりがな）  氏名  性別 | | 本人の参加　　有　　無 | | 住所 |  |
| 学校  学年 | |  | |
| 生年月日 | |  | | 電話番号  (FAX) | 日中連絡が取れる連絡先を記載してください。 |
| **保護者** | （ふりがな）  氏名 | | 同行される保護者名を記載してください。 | | 続柄 |  |
| **【具体的にお書きください】**  **相談内容** | １　学習面　２　対人関係・行動面　　３　聴力検査　４　その他  （該当するものを〇で囲む） | | | | | |
| 家庭 | | | 保育所・幼稚園・学校 | | |
|  | | |  | | |
| **これまでの相談・**  **通院歴** | 病院名  機関名 |  | | | | |
| 支援内容  診断名等 |  | | | | |

上記のとおり教育相談の申し込みをいたします。

　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

保護者の他に参加される方の氏名、所属等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 所属 |  |
| 氏名 |  | 所属 |  |

|  |
| --- |
| ３　日程にある時間帯から、希望の時間帯（第１～第２希望まで）に○をおつけください。  第１希望（①　②　③　④）  第２希望（①　②　③　④） |