平成３１年度福島県立須賀川支援学校　高等部入学者選抜

事前教育相談申込書

平成　　年　　月　　日

福島県立須賀川支援学校長　様

　　事前教育相談を受けたいので申し込みます。

学校長　　　　　　　　　　　　　　　印

保護者　　　　　　　　　　　　　　　印

(本人との続柄　　　　　　　　)

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学　校　名 |  | 平成　　　年　３月　卒　　業卒業見込 |
|  |  | 生年月日 | 平成　　年　月　　　日 | 男　女 |
| 病　　　名病気の状態障がいの状況 |  |
| 相談希望日時時間帯はA・B・C・Dのいずれかに○を記入 | 第１希望　　　月　　　　日（　　） | A | B | C | D |
| 第２希望 　月　　　　日（　　） | A | B | C | D |
| 第３希望 　月　　　　日（　　） | A | B | C | D |
| 来校予定者 | 保護者 | （本人との続柄　　　） | 担任 |  |

* 申込状況によっては、期日、時間帯の変更をお願いする場合がありますので、ご了承ください。
* 必ず第３希望まで記入してください。その際、できるだけ違う時間帯を選んでください。