

特別支援教育巡回相談申込書

申込年月日 平成 年 月 日

学 校 等 名		
代表者職・氏名		
希望する相談員 (○で囲む)	巡回相談員 ・ 合理的配慮協力員	
相 談 の 概 要	学 年	
	性 別	
	相談内容	
連 絡 先 (担当者)	職・氏名	
	電話番号	
	E-mail	

※1 「相談内容」欄には概要のみを記入し、個人が特定される情報については記入しないでください。詳しくは別途電話にてお伺いします。

2 本書に記入後、電子メール又はFAXで、愛媛県教育委員会事務局 特別支援教育課まで提出してください。

- ・ E-mail エルジー tokubetsushien@pref.ehime.lg.jp
- ・ FAX 089-912-2964 (このシートはFAXでの送信にもご利用ください。)