

きこえとことばの教育相談会 受付票

※問い合わせがあった場合に使ってください。

ふりがな		生年月日	
本人氏名		平成 年 月 日 令和 (歳)	
性別 (男・女)			
相談者氏名	<div style="border-left: 1px dashed black; padding-left: 5px;"> 【参加者に○印】 関 本人・保護者 係 担任 系 その他 () </div>	連絡先 電話 () - FAX () -	
本人の所属 () 保育園・幼稚園・学校・その他			() 歳児 ・学年
相談したいこと (下記の内容から選び、記号に○をつけてください。複数でも可)			
A きこえ 家庭や学校でのきこえに関する事。配慮することや支援内容など。			
B ことば ことばが遅れている。発音が聞き取れない。			
C コミュニケーション 家庭や学校での関わりについて。			
D 就学・転学 どのような指導が必要か。教育内容や学校など。			
E 学習 きこえの困りによる学習の遅れについて。			
F 医療・福祉 他機関や福祉制度にかんする情報がほしい。			
G その他 ()			
【くわしく相談したい内容や困っていることなど】			
教育相談		第1希望 (月 日 曜日) 会場	
希望日時・場所		相談時間 (時 分から 時 分まで)	
		第2希望 (月 日 曜日) 会場	
		相談時間 (時 分から 時 分まで)	

〈巡回教育相談に関する問い合わせ先〉

大分県立豊学校 教育支援部

〒870-0823 大分市東大道 2-5-12 電話 097-543-2047 FAX 097-546-2111