令和３年度福島県立あぶくま支援学校高等部

入学希望者事前教育相談参加申込書

電話 FAX

* 学校名：

○送付者：職名（　　　　　　　）　　　　氏名（　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 在籍  学級  どちらか  ○で囲む | （ふりがな）  参加生徒氏名 | （ふりがな）  参加保護者氏名 | （ふりがな）  担任氏名 | 参加希望  日時  第一希望 | 参加希望  日時  第二希望 | 参加希望  日時  第三希望 |
| 通常  特別  ( ) |  |  |  | 11月　　日（　）  　　　：　 ～ | 11月　　日（　）  　　　：　 ～ | 11月　　日（　）  　　　：　 ～ |
| 通常  特別  ( ) |  |  |  | 11月　　日（　）  　　　：　 ～ | 11月　　日（　）  　　　：　 ～ | 11月　　日（　）  　　　：　 ～ |
| 通常  特別  ( ) |  |  |  | 11月　　日（　）  　　　：　 ～ | 11月　　日（　）  　　　：　 ～ | 11月　　日（　）  　　　：　 ～ |
| 通常  特別  ( ) |  |  |  | 11月　　日（　）  　　　：　 ～ | 11月　　日（　）  　　　：　 ～ | 11月　　日（　）  　　　：　 ～ |
| 通常  特別  ( ) |  |  |  | 11月　　日（　）  　　　：　 ～ | 11月　　日（　）  　　　：　 ～ | 11月　　日（　）  　　　：　 ～ |

※在籍学級で特別支援学級に在籍する生徒は障がい種別（「知的障がい」「自閉症・情緒障がい」）を次のように明記してください。「知的障がい」→（知）　　「自閉症・情緒障がい」→（自・情）

○１１月４日(水)～１１月２６日（木）の間で必ず第三希望までを指定してください。

○参加希望日時の指定がない場合は、日時の欄に｢一任」と御記入ください。

○令和２年１０月７日（水）までに本校宛て郵送で申し込んでください。

※受理後日程を調整し、決定した相談日時をお知らせいたします。

※第三希望までにそえない場合は、御相談させていただきます。

○事務担当・問い合わせ先

　　　福島県立あぶくま支援学校　高等部主事　 日野　有里

〒963-0714　郡山市中田町赤沼字杉並１３９番地

電話：０２４-９５６-１９１０