

宮城県立気仙沼支援学校 教育相談申込書

	受検 番号	※ 番
在学（出身） 学 校 名		
ふ り が な 本 人 氏 名		
生 年 月 日	平成 年 月 日生	
ふ り が な 保 護 者 氏 名		
生徒現住所	〒（ — ） 電話番号（ ） —	
保護者現住所	〒（ — ） 電話番号（ ） —	

注1）保護者現住所と生徒現住所が同じ場合は、同上と記入してください。
注2）※の欄は記入しないでください

教育相談 希望日時

【期 日】 1 1 月 2 1 日（金）～1 1 月 2 8 日（金）	
【時間帯】 ① 1 0 時～1 0 時 3 0 分 ② 1 0 時 5 0 分～1 1 時 2 0 分 ③ 1 1 時 4 0 分～1 2 時 1 0 分 ④ 1 3 時～1 3 時 3 0 分	
※担任の先生と相談の上、希望日時を御記入ください。	
第1希望	令和7年11月 日（ ） （ ）時（ ）分～（ ）時（ ）分
第2希望	令和7年11月 日（ ） （ ）時（ ）分～（ ）時（ ）分
第3希望	令和7年11月 日（ ） （ ）時（ ）分～（ ）時（ ）分