（様式１）

**ひまわり相談申込カード**

申　　込：平成　　年　　月 日

相談日時：平成　　年 月 日（　） 　　　時　　　分　　　　　　宮城県立気仙沼支援学校

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相 談 種 別 | 来所相談 | 対象児・生徒の今での相談 | | | １　ある　　２　ない |
| 相談申込者 |  | 対象児・生徒との関係 | | |  |
| 連 絡 先 | 【℡】　 （　　） | | 来　談  予定者 |  | |
| ふりがな |  | 生年月日 | 昭和 ・ 平成　　年　　月　　　日  　 　（　　　　歳） | | |
| 本 人 氏 名 |  |
| 保護者氏名 |  |
| 住 　所 | 〒　　　　－    　　　　　　　　　　　　　　　　　　【℡】　　 （　　　） | | | | |
| 幼稚園・保育所  学校・施設名等 |  | | | | |
| １（　　　　）歳児　　２　年少　年中　年長　 ３　通常の学級： 年  ４　特別支援学級：　　年　　　５　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 相　　　談  　したいこと  （番号を○で囲んでください） | １　障害に関すること　　２　生活に関すること　　３　学習に関すること  　４　言語に関すること　　５　行動に関すること　　６　進路に関すること　　７　就学に関すること　　８　医療に関すること　　９　福祉に関すること　１０　検査に関すること  １１　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| ＜相談内容を具体的にお書き下さい。＞ | | | | | |

１　事前に電話でご連絡下さい，相談日時を決定いたします。（当日の申込も可能です。）

２　ひまわり相談申込カードをパソコンから印刷し内容をご記入いただき，相談当日にご提出下さ　い。当日ご記入いただいてもかまいません。

３　訪問相談の場合は，様式２を事前に本校学校長宛にご送付下さい。

送付先：気仙沼支援学校 〒988-0141気仙沼市松崎柳沢216-7 【℡】０２２６（２４）３０１９