

兵庫県立高等特別支援学校 サポート相談申し込み票

申込日 令和 年 月 日

相 談 者	名前	
	対象生徒との関係	父・母・担任・その他 ()
	住所	
	電話番号 (連絡先)	

* 学校関係の方は所属所の住所・電話番号をご記入ください

対 象 生 徒 等	名前	
	所属	[在校] 立 学校
	[当てはまるところに 御記入下さい]	[事業所]
年齢 (学年)	歳 (年生)	

[相談内容]

* ファックスで送付して下さい。 F A X 番号 (079) 563-5632