**巡回相談　申し込み票**

記入日　　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）

記入者（　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校名 | 市立　　　　　　　　　　小　・　中　学校　　　　　　年　　　　組 | |
| 児童・生徒名 | フリガナ | 男　・　女 |
|  |
| 生年月日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　日　　（　　　　　　　　歳） | |
| 連絡先 | ℡： | |
| 学校での様子  （取組も含めて） |  | |
| 家庭での様子 |  | |
| 相談内容 |  | |
| 聴力 | 右：　　　　　　ｄｂ 　左：　　　　　ｄｂ　　両耳：　　　　　　ｄｂ | |
| 補聴器等 | あり　　・　　なし | |
| その他 |  | |

★封に入れ、必ず現金扱いで送付してください。　（支援教育コーディネーター宛）