**目と見え方の教育相談会　相談票**

 　　　　　　　　　　**あいサポおおいた**

（大分県立盲学校 教育支援部）

|  |
| --- |
| **①相談希望時刻記入** |
| 希望相談日　 ： 令和　　　年　　 　月　 　　日（　　 ）　　　希望相談時刻 ： 午前・午後 　　　　 時　　 分 ～ 　　 時　　 分 |
| **＊**１回の相談時間は**１時間**をめやすとします。なお、都合により、相談時刻の調整をさせていただくことがありますのでご了承ください(盲学校からご連絡します)。 |
| **②相談事項記入** | 地 域 | 〔中津・別府・大分・佐伯・竹田・日田〕教育事務所管内 |
| 相談会場 |  |
| ふりがな相談者氏名 |  | 関係 | 本人　保護者　担任　その他（　　　　　　 　） |
| 連 絡 先 |  氏名（　 　　　　　　 　　　　　） 連絡方法（連絡の取りやすいものに☑をつけて記入してください）　□ 電話（　　　　）－（　　　　　）－（　　　　　）〔 □自宅・□携帯 〕　□ e-mail（ 　　　　 　　　　 ） |
| 相談したい内　　 容 | 　**ふりがな****★氏名〔**　　　　　　　 　 　**〕**　　　　**さんに関する相談** |  年齢　　　歳　　ヶ月（男・女） 未･保･幼･認･小･中･高･特･その他 **・**(　　　) 歳児・学年 **・**学校(園)名（　　　　　　　　 　） |
| （具体的にご記入下さい） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 ※ ①、②にご記入ください。関係欄や年齢欄、学年などは該当箇所を○印で囲んでください。

　　**★**印は**相談対象となる方の氏名**をお書きください。年齢欄は、未＝未就学(家庭で養育など)、保＝保育所、幼＝幼稚園、認＝認定こども園、小＝小学校、中＝中学校、高＝高等学校、特＝特別支援学校、その他＝成人など、を表します。

※相談会以外で相談をご希望の場合は、盲学校でいつでも相談を行っていますので、最寄りの教育委員会へご連絡の上、ご相談ください。

|  |
| --- |
|  ◆相談に関する問い合わせ先　　目と見え方の支援センター**あいサポおおいた**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（大分県立盲学校　教育支援部）　担当：小中・甲斐　　　　　〒870-0026 大分市金池町3-1-75　℡．**０９７－５３２－２６３８** |