

令和6年度 きこえとことばの教育相談会 受付票

※問い合わせがあった際に必要があれば使ってください。

年 月 日

ふりがな		生年月日	
本人氏名		平成 年 月 日 令和 (歳)	
性別 (男・女)			
本人の所属 () 保育園・幼稚園・学校・その他		・() 歳児 ・学年 ()	
居住地 :			
相談者氏名	関係	・保護者 () ・担任 ・その他 ()	参加者 本人・保護者 () 担任 その他 ()
連絡先		連絡する際の注意事項	
電話 () - []			
FAX () - []			
相談したいこと (下記の内容から選び、記号に○をつけてください。複数でも可)			
A きこえ 家庭や学校でのきこえに関すること。配慮することや支援内容など。			
B ことば ことばが遅れている。発音が聞き取れない。			
C コミュニケーション 家庭や学校での関わりについて。			
D 就学・転学 どのような指導が必要か。教育内容や学校など。			
E 学習 きこえの困りによる学習の遅れについて。			
F 医療・福祉 他機関や福祉制度にかんする情報がほしい。			
G その他 ()			
【相談したい内容や困っていることなどをくわしく】			
教育相談		第1希望 (月 日 曜日) 会場	
希望日時・場所		相談時間 (時 分から 時 分まで)	
		第2希望 (月 日 曜日) 会場	
		相談時間 (時 分から 時 分まで)	

〈締切り〉 令和6年7月18日(木)まで

〈きこえとことばの教育相談会に関する問い合わせ先〉

みみサポおおいた (大分県立聾学校 教育支援部)

〒870-0026 大分市金池町3丁目1-60 電話 097-538-6664 (直通) FAX 097-538-6665