

令和7年 月 日

宮城県立山元支援学校長 殿

学校名

電話

Eメール(学校)

校長名

(公印省略)

高等部(知的障害)入学者選考に係る教育相談を下記のとおり申し込みます。

記

教育相談票

No.	ふりがな 氏名	生年月日	性別	学級	障害名	備考
(例)	やまだ たろう 山田 太郎	平成22年4月2日	男	知的	知的障害	学校説明会 参加済み
1						
2						
3						

※氏名にはふりがなをふってください。

※学級には「知的」「自閉症・情緒」「肢体不自由」「通常」等を御記入ください。

※6月10日(火)実施の本校学校説明会の参加について、備考欄にその有無を御記入ください。

・実施期日は申し込み締め切り後、調整してお知らせいたします。なお、避けてほしい日がある場合はお書きください。

担任氏名 ()

※他校との調整もありますので、できるだけ日程については御協力ください。

※鏡文は必要ございません。