

サテライト教育相談会「みみらんど in 相双」 参加申込書

F A X 送 信 票
(F A X 0 2 4 - 5 3 1 - 5 0 1 3)

福島県立聴覚支援学校福島校 宛

申込者名 _____

連絡先電話番号 _____

連絡先メールアドレス _____

令和____年____月____日の「みみらんど in 相双」に、下記のとおり参加します。

記

1 参加者氏名

(保護者・ご家族のみ、又は関係者のみの参加も可能です。幼児児童生徒が参加される場合は、保護者の方の付き添いをお願いします。)

| 参加者 | 氏 名 |
|----------------|-----|
| ふりがな 本人 | |
| ふりがな 保護者 | |
| 関係者 (担当教員等) | |

2 ご希望の相談支援の内容について具体的にご記入ください。

※申込締切は、①は令和7年5月30日、②は令和7年10月13日、
③は令和8年2月2日です。

- ・参加者多数の場合には分けて実施します。予約時間の調整をさせていただくため、お申し込み後に折り返し連絡させていただきますので、必ず連絡先をご記入ください。なお、ご希望の時間に添えないこともありますのでご了承ください。
 - ・メールでお申し込みの方は上記と同じ内容を記載の上、下記メールアドレスまでお申し込みください。
 - ・体調不良等で欠席される場合には、当日9時までに福島校へお電話下さい。
- 地域支援センター 「みみらんど ふくしま」(聴覚支援学校福島校内)
電話・FAX 024-531-5013 メール: fukushima-sd-fukushima@fcs.ed.jp
担当: 地域支援センター主任 佐藤 真智子