

「令和2年度 見え方の相談会」申込書
FAX送信票

宛先 東京都立久我山青光学園 視覚障害教育部門
教育支援部 岡前 むつみ 宛
FAX 03-3300-7136

ふりがな
お名前

歳（男・女）

保護者氏名

御住所

住所：〒

電話：

在籍園・校

相談内容を簡単にお選びください。

- ・園・学校・家庭での生活
- ・就学
- ・遊び

日時の御希望（御希望に沿えない可能性もあります）

第一希望 月 日 13:30～、14:30～

第二希望 月 日 13:30～、14:30～

◎ この内容は、「見え方の相談会」以外には使用いたしません。