# 知的障害教育部門　教育相談申込書

知的障害教育部門の教育相談を御希望の方は、下記の欄にお名前・御相談の内容等をご記入の上、FAX 及びメールにて送信してください。後日、教育相談担当よりご連絡させていただきます。お電話での御相談にも随時お答えいたします。御不明な点などありましたら、お気軽にお電話ください。

＜申し込み月日　令和　　年　　月　　日（　　）＞

| | | |
|---|---|---|
| 相談者のお名前 | | （続柄） |

| | | |
|---|---|---|
| （ふりがな）<br>お子様のお名前 | | （生年月日）<br>年　月　日 |

（連絡先）
〒

ＴＥＬ

| | | |
|---|---|---|
| お子様の所属など | 学校 | 年生 |
| | 幼稚園 | 歳児 |
| | 保育園 | |

相談内容や御質問　(なるべく具体的に御記入ください)

（相談内容等個人情報につきましては、秘密保持をいたします。）

＜東京都立久我山青光学園＞
FAX　03-3300-7136　　TEL　03-3300-6235
Mail　ml-kugayamaseiko@section.metro.tokyo.jp
知的障害教育部門　特別支援教育コーディネーター　塚原　教子