**申込用紙**

**〆切…令和2年度内有効**

【来校相談】

|  |  |
| --- | --- |
| **時間帯はＡＢＣのどれかを選択** | |
| **Ａ** | **１５：３０～１６：３０（６０分間）** |
| **Ｂ** | **１５：４５～１６：４５（60分間）** |
| **Ｃ** | **１６：００～１７：００（60分間）** |

１．希望日時

第1希望　（　　　　）月（　　　　）日（　　　　）曜日　　時間帯（　　）

第2希望　（　　　　）月（　　　　）日（　　　　）曜日　　時間帯（　　）

第3希望　（　　　　）月（　　　　）日（　　　　）曜日　　時間帯（　　）

２．相談内容（簡潔で結構です。日程調整後に相談用紙をお送りします。）

３．相談者お名前、連絡先等

|  |  |
| --- | --- |
|  | **申し込み日　　　月　　　日　（　　　　）** |
| **お名前（複数名での来校は代表者）** | **所属校園** |
| **よみがな（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |  |
| **所属校園　電話番号** | **参加予定人数** |

・必要事項を記入の上、この用紙を送って下さい。

申し込み先

FAX　 ０７２―９２３－６７３４※鑑文書はいりません。

郵送　〒581-0846　八尾市上之島町南７－６

　　　　　　ﾒｰﾙ [T-KitanoKao@medu.pref.osaka.jp](mailto:T-KitanoKao@medu.pref.osaka.jp)

※メールの場合はパスワード０６０４で文書の保護をお願いします。

宛名 大阪府立八尾支援学校