

令和7年度教育相談申込書

ふりがな				生年月日	平成・令和 年 月 日
お子様のお名前	(男・女)			お子様の 年 齢 (令和7年4月2日現在)	歳
申込者氏名				お子様との 関 係	
住所及び連絡先	電話番号※1				
現在、通所・通園・ 通学しているところ	所 園 学校	クラス	組 年 組		
考えている進路	地域の学校 / 特別支援学校 / 悩んでいる ※ いずれかを○で囲ってください。				
特別支援学校の 見 学 ・ 体 験	申し込んだ / 申し込んでいない ※ いずれかを○で囲ってください				
特別支援学級への 入 級 希 望	希望する / 希望しない / 悩んでいる ※ いずれかを○で囲ってください				
相談希望日 ※ 希望に添えない場合もあります。	☆現在のお子様の所属先ともご相談の上、いずれかを○で囲ってください。 7月22日(火) 7月23日(水) いずれでもよい				
相談内容 ※できる限り詳しく、具体的に記載してください。					
上記のとおり、教育相談に申し込みます。					
広陵町教育委員会 殿					
申 込 者 住 所:					
氏 名:					
園児・児童との関係:					

※1 連絡の取れる電話番号の記入をお願いいたします。相談担当校もしくは町教育委員会から、相談日時等の連絡がある場合があります。

◎ 準備の都合上、現在所属している園・学校または町教育委員会へ 5月30日(金)までにご提出ください。

◎ 相談場所はお住まいの校区の小学校となります。

(問い合わせ先) 〒635-0821 広陵町大字笠161番地2 広陵町教育委員会事務局 学校支援室

TEL 0745(43)6180

裏面も記入してください

同 意 書

私は、下記1、2、3について同意します。

1. 相談申込書の内容について、相談を実施する広陵町立広陵東小学校長に提供することに同意します。
2. 当該幼児・児童の現在の所属先に、教育支援委員会が状況の把握に訪問することに同意します。※
3. 相談内容、訪問して把握した状況を、広陵町教育委員会及び広陵町教育支援委員会に提供し、
来年度の所属先に引き継ぐことに同意します。

※ 訪問日時については、現在所属の園・所・学校と相談担当校で調整させていただきます。

当 該 幼 児 ・ 児 童 氏 名 : _____

生 年 月 日 : 平成・令和 年 月 日 _____

令和7年 月 日

申 込 者 住 所 : _____

申 込 者 氏 名 : _____

当該幼児・児童との続柄: _____