

FAX 送 信 票

送 信 日：令和5年__月__日（__）	送信者 学校名 _____ 学校
送信枚数： 1 枚（本状のみ送付してください）	電 話 _____（__）
受信者 仙台市立鶴谷特別支援学校 教頭 菅原 孝久 宛	FAX _____（__）
	お名前 _____ （担当者お名前）

令和6年度高等部入学者選考に係る「中学3年生向けの教育相談」申し込み

※選択肢のある項目はいずれかに○を付けてください。

（ふりがな） 生徒氏名		男 女	在籍学級	弱視 難聴 肢体不自由 病弱・身体虚弱 知的障害 自閉症・情緒障害 通常
（ふりがな） 保護者氏名			続 柄	
相談時に来校する方の氏名 ※（ ）は続柄	（ ）			
	（ ）			

<教育相談希望日> ※第1希望から第3希望まで①～③をご記入ください。

相談日	希望	相談日	希望
10 / 3 (火)		10 / 30 (月)	
10 / 4 (水)		10 / 31 (火)	
10 / 5 (木)		11 / 1 (水)	
10 / 13 (金)		11 / 2 (木)	
10 / 16 (月)		11 / 6 (月)	
10 / 17 (火)		11 / 7 (火)	
10 / 20 (金)		11 / 8 (水)	
10 / 23 (月)		11 / 10 (金)	
10 / 24 (火)			

FAX 022-388-1246

仙台市立鶴谷特別支援学校
宮城野区鶴ヶ谷五丁目 22-1
TEL : 022 (252) 4231