

(個人用)

鳥取盲学校・視覚障がい教育支援センターきらら相談申込書

年 月 日

鳥取県立鳥取盲学校長 様

ふりがな
本人氏名

保護者氏名

連絡先 〒

住所

電話

FAX

mail

下記のとおり盲学校への相談を申し込みます。

記

紹介者 無・有 ()

相談場所 盲学校・きらら・その他()

相談日 年 月 日 () 時間 ~

対象者の
所属等

年齢 (学年)		所属 学級	
------------	--	----------	--

相談内容

備 考

《視力検査の結果等》

※この申し込み用紙に記載された個人情報は、相談以外には使用しません。また、適切に保存・処分いたします。

※支援部(担当者:田村)に電話等でご連絡いただき、打ち合わせをしてお申し込みください。

※申込書は、個人情報保護の観点から、持参又は郵送(学校長親展)、学校代表メール(torimos@mailk.torikyo.ed.jp)にパスワードを設定して送付してください。