

(関係機関用)

鳥取盲学校教育相談申込書

年 月 日

鳥取県立鳥取盲学校長 様

連 絡 先	〒	施設（学校）名
	電話	施設（学校）長
	mail	住所
		F A X

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 ・ わくわく ・ その他 （ ）
相談日時	年 月 日 （ ） 時間 ～

対象者の 氏名・年齢	ふりがな 氏 名		年齢 (学年)	

相談内容	
------	--

校内窓口		特別支援教育主任	氏名	
		担任または担当	氏名	
	mail			

備 考	《視力検査の結果、見え方について等》
-----	--------------------

※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：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。

※申込み書は、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(torimo-s@mailk.torikyo.ed.jp)にパスワードを設定して送付してください。