北河内支援学校相談サポートセンター　相談申込票（FAX 用）

相談者名 （申込者名）		対象者との関係 （　　）
相談対象者	（　男　・　女　）　学年（　　）　（　　歳）	
連絡先	連絡先（　自宅　・　携帯　） （　　）－（　　）－（　　）	
現在の通園・通学・療育施設等		
	（住所） （電話）	
相談概要	・発達　・コミュニケーション　・行動問題　・集団参加 ・教科指導　・視覚、聴覚　・身体、肢体　・保護者支援 ・その他（　　）　・校内研修（テーマ・目的　　）	
連絡に都合のよい時間帯		
サポートセンターについてどこで知りましたか？	・担任、コーディネーター等、学校関係からの紹介　・ホームページ ・知人の紹介　・その他（　　）	

相談受付日	平成　年　月　日（　曜日）	＊この欄についてはこちらで記入します
相談実施日	平成　年　月　日（　曜日）	
次回相談予定	平成　年　月　日（　曜日）	