

ビデオ会議申請書 (FAX)

大阪府立中央聴覚支援学校

申込日 年 月 日

下記のとおりビデオ会議システムを申請します。

1 幼児・児童・生徒名 _____

保護者名 _____

2 FAX 番号 _____

3 電話番号 _____

※ZOOM がつながらないときに連絡することがあります。

4 相談内容 (該当する内容に○および教科名をお願いします)

・教員への相談 (幼・小・中・高 _____先生 または _____先生)

・学習相談 (教科名 _____先生)

5 相談日時 第1希望 _____月 _____日 _____時 _____分から

第2希望 _____月 _____日 _____時 _____分から

第3希望 _____月 _____日 _____時 _____分から

※希望日時が難しい場合、折り返しご連絡させていただきます。

6 使用端末 (○をお願いします) _____ スマートフォン・コンピュータ

※日程調整のため、希望日時の3日前までに FAX 送信 (聴覚障がいの方はメール) または電話にて申込みをしていただきますよう、よろしくお願いいたします。