

目の相談会

1. 日 時 令和6年8月7日（水）
9時00分～12時00分
＊上記時間内で1時間の個別相談
2. 場 所 大阪府立大阪北視覚支援学校 自立活動室
大阪市東淀川区豊里7-5-26
TEL 06-6328-7000
3. 内 容 幼児児童生徒の見えについての個別相談会
4. 対 象 本校校区内 学校園の先生方
5. そ の 他 校内駐車場はご利用いただけません
6. 申し込み
Googleフォームにてお申し込みください。（申し込み方法詳細は裏面参照）
申し込み締め切り後、時間帯の調整をし、本校より案内メールをお送りします。

<https://forms.gle/hmqbWMDdL2CN3s3W6>



締め切り 7月17日（水）

【連絡先】

大阪府立大阪北視覚支援学校

地域支援部 渡邊 史子

TEL：06-6328-7000

FAX：06-6328-5896

E-mail T-WatanabeF@medu.pref.osaka.jp

Google フォーム申し込み方法

- ・表面の URL もしくは QR コードより「Google フォーム」を開きます
 1. メールアドレスを入力（必須）
 2. お名前を漢字で入力（必須）
 3. お名前をかなで入力（必須）
 4. 校名を漢字で入力（必須）
 5. 校名をかなで入力（必須）
 6. 電話番号を入力（必須）
 7. FAX 番号を入力(任意 メールではなく FAX での連絡を希望される場合のみ)
 8. 相談対象の幼児児童生徒の学年を選択（必須）
 9. 相談内容、視力、眼疾等を具体的に入力（必須）
 10. 第1希望の時間帯を選択（必須）
 11. 第2希望の時間帯を選択（必須）
 12. 第3希望の時間帯を選択（必須）
 13. その他（任意 ご要望等がありましたらご記入ください）
- ・「送信」ボタンを押す
- ・申込内容の確認メールが届く
- ・以上で申し込みは完了です。確認メールが届かない場合は、連絡先までメールもしくはお電話にてご連絡ください。