お手数ですが、教育相談の有無に関わらず、必ず返信をお願いします。

＜ファクシミリ用＞　※送信票は不要です。

教育相談希望日連絡用ＦＡＸ用紙

宮城県立小松島支援学校

入学者選考担当　　高橋　竜夫　あて

|  |
| --- |
| いずれかを〇で囲んでください。教育相談を希望します　　　　　　教育相談を希望しません |

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 |  |
| 送信者名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先ＦＡＸ番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 教育相談申込者 | 第１希望 | 第２希望 | 第３希望 | 担任氏名 |
| １ | 生徒氏名 |  |  |  |  |  |
| 保護者氏名 |  |
| ２ | 生徒氏名 |  |  |  |  |  |
| 保護者氏名 |  |
| ３ | 生徒氏名 |  |  |  |  |  |
| 保護者氏名 |  |  |  |  |
| ４ | 生徒氏名 |  |  |  |  |  |
| 保護者氏名 |  |  |  |  |

※　別紙「令和７年度高等部入学者選考に係る教育相談予定表」を御覧の上、希望する日時の番号を、必ず第３希望まで御記入ください。

※　申込締切日は、令和６年１０月４日（金）とします。

小松島支援学校ファックス番号

０２２−２７４−３２０６