

学校相談申し込み

この用紙を記入後、麻生養護学校地域支援センターSHIP 宛に送付してください。
用紙を受け取り次第、こちらよりご連絡致します。

機関名	学 校 名 : 住 所 : 電話番号 : FAX番号 :
機関としての目的	a) 特定の児童生徒の支援について b) 教室運営について c) 学校の特別支援教育のシステムについて d) その他 ()
依頼者	氏名 () 管理職・特別支援教育 Co・児童生徒専任・通常級担任・個別級担任
依頼者のニーズ	
希望する相談形態	a) 電話相談 b) 麻生養護学校地域支援センターSHIP へ来校しての相談 c) 地域支援センターSHIP 担当者による訪問相談
希望する相談回数	a) 単発 b) 定期的に継続

<送付先> 神奈川県立麻生養護学校地域支援センターSHIP

〒215-0013 川崎市麻生区王禅寺 303-1

TEL : 044-980-4854

FAX : 044-986-2517

