

相 談 受 付 票

ふりがな		性別	男	女
お子さんの氏名		生年月日	平成	年 月 日
ふりがな			令和	() 歳
来室者の氏名		子との続柄		
在籍園・学校 その他		学年 クラス 担任名	年	組
就学前機関 特別支援教室 通 級	現在利用あり () ・ なし			
住 所	〒 西東京市 TEL ()			
緊急時の 連絡先	() 携帯電話 TEL () () TEL ()			
家族 ならびに 同居者 (本人を 除く)	続柄	氏 名	年齢	所属・学校(学年)・職業
相談した いこと ・ 現在の 状況				

※教育委員会記入欄 _____

委員会希望日		申請に至った経緯		承諾	有 ・ 無
面接希望日①		面接希望日②		面接希望日③	

受付番号	—	記入日	令和 年 月 日	受付者	
------	---	-----	----------	-----	--

