

平成28年度「ふれEYEフェア」 教育相談申込書

機 関 名	TEL :
ふりがな 担当者名	

ふりがな 相談者氏名	児童生徒・保護者・職員等の別 当てはまるものに○印を付けてください。
	児童生徒（学年 ） 保護者・職員・その他（ ）
	児童生徒（学年 ） 保護者・職員・その他（ ）
	児童生徒（学年 ） 保護者・職員・その他（ ）
	児童生徒（学年 ） 保護者・職員・その他（ ）
備考（希望時間帯や相談内容など）	

送り先

〒930-0922

富山市大江干144番地

富山県立富山視覚総合支援学校 地域支援部

事務担当 今井・嶋田

TEL 076-423-8417

※6月17日（金）まで本書を郵送、または電話連絡をしてくださるようお願いします。