（様式１－１）

電話で予約してから郵送してください。メールやＦＡＸ送信による申込はできません。

発達支援教育相談申込カード

申込：令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　宮城県総合教育センター

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談種別 | １　来所教育相談２　定期巡回教育相談 | 相談希望日時 | 月　　日(　　)　　　時　　　分 |
| 対象者の当センターでの相談 | １　ある　　２　ない |
| 相談申込者 |  | 対象者との関係 |  |
| 連絡先 | （自宅・保育所・幼稚園・学校・その他）【電話】　　　－　　　　－ | 来談予定者 |  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 生年月日 | 平成令和　　　年　　　月　　　日生（　　　　歳） |
| (男・女) |
| 保護者名 |  |
| 住所 | 〒【電話】　　　－　　　　－ |
| 幼稚園・保育所・学校・施設名 |  |
| 現在の学年等 | １　在宅…（　　　）歳児　　　　　　　　　　２　保育所・幼稚園…年長､　年中､　年少３　小・中・高等学校…通常の学級（　　　）年､特別支援学級（　　　）年４　特別支援学校…幼稚部､小学部､中学部､高等部（　　　）年〈２､３､４は該当項目を○で囲んでください〉 |
| 相談内容 | １　障害に関すること　　　２　生活に関すること　　　３　学習に関すること４　言語に関すること　　　５　運動に関すること　　　６　行動に関すること７　環境に関すること　　　８　進路に関すること　　　９　就学に関すること１０　医療に関すること　　１１　福祉に関すること　　１２　検査に関すること１３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 相談内容で○を付けた相談項目について具体的に記入してください。 |
|  |
|  |
|  |
| ＊相談日時 | 月　　日(　　)　　： | ＊会場 |  | ＊担当者 |  |

1. 送付先：宮城県総合教育センター　教育推進部　相談支援班

〒981-1217 名取市美田園二丁目１番４号【相談受付､問合せ：022-784-3563】

1. 各欄の該当する番号に〇印を付けてください。来談予定者欄には､本人との関係も含めて､来談予定者全ての方を記入してください。
2. 相談日時等について､当センターから連絡する場合がありますので､「連絡先」欄に例のように記入してください。『例1.自宅　　【電話】○○○-○○○○-○○○○』

『例2.○○小学校（担当者名）　【電話】○○○-○○○-○○○○』

1. ＊欄は当センターで記入します。