

進路相談申込書

愛媛県立新居浜商業高等学校長 様

次のとおり進路相談を申し込みます。

ふりがな 申込者氏名		所属先	() 中学校 対象生徒との関係 []		
相談希望日	令和 年 月 日 ()	希望時間	時 分		
ふりがな 対象生徒氏名		ふりがな 保護者氏名			
相談対象とな った事由	※当てはまるものすべてにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 学校生活や学習等に支援が必要である。 <input type="checkbox"/> 障がいの診断がある。(診断名) <input type="checkbox"/> 支援学級 () に在籍している。 <input type="checkbox"/> 通級を受講している。 <input type="checkbox"/> 支援計画等を作成している。(年 月 作成機関:)				
中学校連絡先	() -	保護者連絡先	() -		
相談参加者名 (生徒との関係)	()	()	()	()	()
進路希望先	※複数回答可 <input type="checkbox"/> 高校 (高校) <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 通信制高校 <input type="checkbox"/> 定時制高校 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> その他 ()				
相談内容					

※申込書は、本校との日程調整ができてから F A X もしくは郵送でお送りください。

〔 送付先：愛媛県立新居浜商業高等学校 進路相談担当者 宛
F A X (0897)-40-3383
〒792-0821 愛媛県新居浜市瀬戸町 2-16 〕