大阪教育大学　附属特別支援学校相談・支援センター　FAX　06-6708-2380

# 附属特別支援学校　相談・支援センター　相談申込み票（当事者）

下の表の太い枠の中に記入してください。

| | |
|---|---|
| おなまえ | |
| 通っているところ | |
| 相談したいこと | ……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>…… |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 提出日 | 年　月　日 | *相談票<br>受付日 | 年　月　日 |
| *相談実施<br>日時 | 年　月　日<br>（　：　）～<br>（　：　） | *相談<br>担当者 | |
| *相談の概要 | | | |