



支援相談依頼票(FAX 送信票)

FAX 送信先：(0296)43-9174

茨城県立下妻特別支援学校長 殿

所属名	
代表者	

以下のとおり、支援相談を依頼します。

		送信日	平成	年	月	日
学校名		担当者				
機関名		職氏名				
所在地		TEL				
		FAX				
希望する支援内容	希望する支援内容の欄に、○印をつけてください。					
		学校見学			体験学習	
		教育相談			出向支援	
		研修支援			その他の支援	
	「その他の支援」を選んだ場合、具体的な内容を簡潔にご記入ください。					
備考 ※下妻特別支援学校記入欄						

【茨城県立下妻特別支援学校】

- 太枠内のみご記入ください。
- 別紙の送信票などは添付せず、本票のみ送信してください。
- 支援対象者の情報など、個人情報記入しないでください。
- FAX 到着後、本校の担当者が確認次第、折り返し連絡いたします。

【連絡先】 TEL：(0296)44-1800

【担当者】 特別支援教育コーディネーター