

## 学校相談申し込み

この用紙を記入後、麻生養護学校地域支援センターSHIP 宛に送付してください。

用紙を受け取り次第、こちらよりご連絡致します。

機関名	<p>学校名 :</p> <p>住 所 :</p> <p>電話番号 :</p> <p>FAX番号 :</p>
依頼者	<p>氏名 ( )</p> <p>管理職・特別支援教育 Co・児童生徒専任・通常級担任・個別級担任</p>
相談したいこと	※ご記入にあたり、個人の特定につながる内容や個人情報については記載しないでください。
希望する相談形態	<p>1) 麻生養護学校地域支援センターSHIP へ来校しての相談</p> <p>2) 地域支援センターSHIP 担当者による訪問相談</p> <p>3) その他 ( )</p>

<送付先>神奈川県立麻生養護学校地域支援センターSHIP

〒215-0013 川崎市麻生区王禅寺 303-1

TEL : 044-980-4854

FAX : 044-986-2517

