

難聴乳幼児担当者協議会 参加申し込み書

(FAX返信用)

発信年月日

令和4年 月 日 ()

宛 先

栃木県立聾学校 乳幼児教育相談室

担当：吉新 裕子 宛

FAX 028-624-6887

メール：yoshiara-y01@tochigi-edu.ed.jp

発信者

所 属

氏 名

TEL・FAX

令和4年度 難聴乳幼児担当者協議会に参加いたします。

職 名	氏 名	個別相談希望	分科会
		有 ・ 無	A ・ B
		有 ・ 無	A ・ B
		有 ・ 無	A ・ B
		有 ・ 無	A ・ B

↑御希望の方に○をつけてください

*個別相談を御希望の方は、内容を簡単に御記入ください。

*午後の分科会で取り上げてほしいこと、質問・難聴についての疑問などがありましたら、御記入ください。

※ 申込書の様式は聾学校 HP→進路・相談&支援→乳幼児教育相談室のページにアップしてあります。メールでの送信時に御利用ください。