

[様式③]

在籍校→立川学園聴覚障害教育部門

令和 年 月 日

東京都立立川学園
校長 市川 裕二 殿

学校名
校長

立川学園聴覚障害教育部門「きこえとことばの教育的支援」について（依頼）

立川学園聴覚障害教育部門における「きこえとことばの教育的支援」に申し込みます。

記

- 1 対象 児童・生徒名
学校名
学部・学年・クラス
担任名

- 2 場所 都立立川学園聴覚障害教育部門 自立活動室及び聴力測定室

- 3 希望する支援等がありましたら、下記に御記入ください。

[]

- 4 きこえとことばの教育的支援 当日に担当の先生は同行できますか。
*可能な限り、担当の先生の同行をお願いいたします。

(同行する ・ 同行できない)

- 5 回答書等の送付先として、担当者様のメールアドレスを御記入ください。

【 _____ 】

連絡先
担当者
住所 〒
TEL ()
FAX ()