進路相談申込書

愛媛県立西条農業高等学校長　様

次のとおり進路相談を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな申込者氏名 |  | 所属先 | （　　　　　　　　）中学校対象生徒との関係[　　　　　　　　　　　　] |
| 相談希望日 | 令和　　年　　月　　日（　　） | 希望時間 | 　　時　　　分 |
| ふりがな対象生徒氏名 |  | ふりがな保護者氏名 |  |
| 相談対象となった事由 | ※当てはまるものすべてにチェックしてください。□学校生活や学習等に支援が必要である。□障がいの診断がある。（診断名　　　　　　　　　　）□支援学級（　　　　）に在籍している。　□通級を受講している。□支援計画等を作成している。（　　年　月　作成機関：　　　　　　） |
| 中学校連絡先 | （　　　）　　－ | 保護者連絡先 | （　　　）　　－ |
| 相談参加者名（生徒との関係） | （　　　　　） | （　　　　　） | （　　　　　） | （　　　　　） | （　　　　　） |
| 進路希望先 | ※複数回答可□高校（　　　　高校）　　□特別支援学校　　□通信制高校□定時制高校　　□就職　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 相談内容 |  |

※申込書は、本校との日程調整ができてからＦＡＸもしくは郵送でお送りください。

送付先：愛媛県立西条農業高等学校　進路相談担当者　宛

ＦＡＸ(0897)-56-3611

〒793-0035　愛媛県西条市福武甲2093