

支援相談申請承諾書

学校  
校長 様

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生  
 電話 自宅 \_\_\_\_\_  
 携帯 \_\_\_\_\_  
 職場 \_\_\_\_\_

次のとおり、関係機関への支援相談について申請をお願いいたします。

なお、私の世帯に係る個人情報について、支援上必要があると認める範囲内で支援に係る関係者間で利用することを承諾いたします

児童生徒 氏名		学年学級	学年 組
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女
現住所	〒 石垣市		
保護者の 意見・希望	支援希望機関	<input type="checkbox"/> 適応指導教室あやばに <input type="checkbox"/> 石垣市青少年センター	
健康状態	健康面 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 良くない 持病 <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし 食物アレルギー <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし その他 ( )		
利用している 制度			