

本校教育相談のご案内

本校では、きこえやことばの面で支援を必要とする0歳児から中学生までを対象として、下記のとおり教育相談を実施しております。

つきましては、教育相談を希望される方がいらっしゃいましたら、ご紹介いただきますようお願い申し上げます。

記

1 対 象 0歳～中学生までの乳幼児児童生徒

2 相談日時

	月	火	水	木	金
乳幼児	個別 15:00～16:00	個別/集団(0～2歳児) 9:30～10:30	集団(0～2歳) 13:30～14:30	個別 9:30～10:30	個別 9:30～10:30
小学生		個別 15:00～16:00			
中学生	個別 15:00～16:00				

※曜日や時間については変更の可能性があります。相談は、無料です。

3 内 容 乳 幼 児・・・聴覚・言語学習・コミュニケーションについての支援等  
小・中学生・・・言語・発音指導、補聴器の選定・調整、進路相談、保護者支援等

4 場 所 本校教育相談室及び聴力測定室

5 申込方法 ・乳幼児につきましては、保護者から本校支援課までご連絡ください。  
・小・中学生につきましては、別紙教育相談申込書に必要事項をご記入の上、在籍校より本校宛にご郵送ください。申込書が届き次第、本校担当者から保護者へご連絡を差し上げます。

6 申 込 先 〒814-0021 福岡市早良区荒江3-2-1  
福岡県立福岡聴覚特別支援学校 支援課教育相談担当  
TEL 092-821-1212 FAX 092-822-9861  
E-mail fukuoka-shienka-1212@fukuoka-hss.fku.ed.jp  
○ 電話受付 月～金 8:30～17:00

7 そ の 他 ・聴覚障がいのある児童生徒が在籍している小・中学校へ研修協力等を行っております。詳しくは、上記教育相談担当者へお問い合わせください。

福岡県立福岡聴覚特別支援学校長 殿

学校名

校長名

印

### 教育相談申込書

下記児童生徒が、貴校の教育相談を申し込みますので、よろしく申し上げます。

#### 記

児童生徒氏名 \_\_\_\_\_ ( 年 月 日生)

学 級 名 \_\_\_\_\_ 年 組 ( \_\_\_\_\_ )

担 任 名 \_\_\_\_\_

学校所在地 〒 \_\_\_\_\_

学校電話番号 \_\_\_\_\_ F A X 番号 \_\_\_\_\_

保 護 者 名 \_\_\_\_\_

保護者住所 〒 \_\_\_\_\_

保護者電話番号 \_\_\_\_\_ F A X 番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_ (必要に応じて)