

大塚ろう学校（城東分教室）に御提出ください

令和8年 月 日

大塚ろう学校（城東分教室）「きこえとことばの教育相談会」申し込み

令和8年度の「きこえとことばの教育相談会」に申し込みます。

ふりがな 児童・生徒氏名	(男・女)		
生年月日	平成・令和	年	月 日 生まれ () 歳
保護者氏名			
在籍学校名 学部学年など	立	部門	学校・学園 学部
居住地	東京都	区・市	
連絡先	電話 ファクシ メール	日程が決まりましたら本校から御 連絡いたします。御希望の連絡手段 に○をしてください。 () 電話 () ファクシミリ () メール	
希望内容	() 聴力測定 () 補聴器の点検・調整 () その他 ()		
担任の同席	在籍校担任の同席の有無を御記入ください※。 ※同席を希望される場合はあらかじめ在籍校担任へ御相談ください。 () 同席なし () 同席する (□上記担任、□上記担任以外 (氏名 :)		

【希望日時を第1希望～第3希望まで御記入ください。】

	9:00～10:00	11:00～12:00	13:30～14:30	15:30～16:30
7月22日(水)				