

このまま送信してください

### 令和7年度 LD等専門員 依頼相談 FAX送信票

園・所名	
特別支援教育 担当者 氏名	
依頼内容 希望する内容に○をつけ、概要を簡単に記入してください。 ※子どもの氏名を記入しないこと	<input type="checkbox"/> 特別な教育的支援の必要な幼児の相談
	<input type="checkbox"/> 園内体制充実に向けた相談
	<input type="checkbox"/> 研修会講師
	<input type="checkbox"/> その他
決定した 訪問の日時	令和 年 月 日 ( ) : ~ :

細川 愛可	鳥取市立浜坂小学校	Fax 0857-21-5844
高橋 佐織	鳥取市立北中学校	Fax 0857-22-7917
上田 陽子	鳥取市立高草中学校	Fax 0857-23-7240
中西 毅暢	岩美町立岩美北小学校	Fax 0857-72-0267
西村 佳代	特別支援教育課	Fax 0857-26-8101
西小路 真智子	東部教育局	Fax 0857-20-3673