

就業支援専門相談（カウンセリング）申込用紙

申込日 年 月 日

支援を要する学生・生徒の専門相談を申し込みます。

<学校記入欄>

学校名	大学・高校・専門学校・()	
学校担当者	所属部署：	氏名：
所在地	〒	
連絡先	電話	FAX
	Mail：	

<学生・生徒欄>

学生生徒 情報	(よみがな)	学部・学科・コース：
	氏名	() ()年生 ()歳
	住所 (市町村のみ) ()市在住	
	手帳の有無： 有 ・ 無	診断： 有 ・ 無
	電話	FAX
	Mail：	
備考	＊主な相談内容 ＊支援（配慮）を必要とする具体的状況	
相談者	○をつけて下さい ① 学生・生徒（氏名 ()） ③ 教職員（氏名 ()） ② 保護者・家族（氏名 ()） ④ その他（ ()）	
相談希望日	第1希望 月 日 () 時～	第2希望 月 日 () 時～

相談日はご希望に添えない場合があります。調整のうえご連絡します。

*** Mail : o-isc@onyx.dti.ne.jp か FAX : 06-6949-1256でお送り下さい。**

※当該事業は、「はたらく障がい者なんでも相談センター」と連動して実施します。また相談により提供頂いた個人情報は、守秘義務に則り当該事業に関するもの以外への使用は致しません。