

秀茂坪天主教小學  
2017-2018 年度家長日與言語治療師面談安排

各位家長：

校方誠邀 貴家長於 2 月 9 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分到本校 609 室與言語治療師面談有關 貴子弟於言語治療事宜。如需更改時間（只限家長日當天上午 8 時 30 分至下午 12 時 30 分），請在回條內填寫適合 台端的時間。

請家長閱畢通告後，簽署回條，着 貴子弟交回班主任收集，以便跟進辦理。如有任何查詢，請致電本校 2348 4218 與李欣宜主任聯絡。



校長 \_\_\_\_\_ 謹啓

主曆二零一八年一月十五日

✂

回 條(請在適當的  內加上 ✓) N2017-158 (欣)

敬覆者：

本人已知悉有關「家長日與言語治療師面談」詳情。

本人  將依指定的時間到校會晤言語治療師。

本人  將會出席 2 月 9 日之面談，但請另行安排於 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分會晤言語治療師。

此覆

秀茂坪天主教小學

\_\_\_\_\_ 年級 \_\_\_\_\_ 班

學生姓名：\_\_\_\_\_ ( )

家長/監護人簽署：\_\_\_\_\_

家長/監護人姓名：\_\_\_\_\_

聯 絡 電 話：\_\_\_\_\_

主曆二零一八年一月 \_\_\_\_\_ 日