

北海道_____学校長 様

学 校 名 _____

校長氏名 _____

教育相談・見学について（依頼）

下記のとおり、生徒・保護者が希望しておりますので、よろしくお取り計らいください。

記

学 校 名			電話番号	() —			
学校住所			担任氏名				
日 時	令和6年 月 日 () ☐ 午前 ☐ 午後 時 分 から						
内 容	☐ 学校見学 ☐ 受検に向けた教育相談 ☐ 受検以外の教育相談						
参 加 者	生徒(男____名・女____名)、保護者____名、教員____名、他()____名						
	生徒氏名				(男・女)	学年	年
	保護者氏名						
	所属学級	☐ 通常 ☐ 知的 ☐ 自閉症・情緒 ☐ その他()					
	生徒氏名				(男・女)	学年	年
	保護者氏名						
	所属学級	☐ 通常 ☐ 知的 ☐ 自閉症・情緒 ☐ その他()					
	生徒氏名				(男・女)	学年	年
	保護者氏名						
	所属学級	☐ 通常 ☐ 知的 ☐ 自閉症・情緒 ☐ その他()					
	生徒氏名				(男・女)	学年	年
	保護者氏名						
	所属学級	☐ 通常 ☐ 知的 ☐ 自閉症・情緒 ☐ その他()					
	生徒氏名				(男・女)	学年	年
	保護者氏名						
	所属学級	☐ 通常 ☐ 知的 ☐ 自閉症・情緒 ☐ その他()					
備考 (相談したい内容等)							

※ ☐：該当する箇所に☐（チェック）を御記入ください。

※ 氏名欄が足りない場合は別紙を添付の上、御記入ください。

※ 事前に中学校を通じて特別支援学校に連絡し、日程調整後、提出してください。