

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 7 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。