

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 8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()					
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。