令和　　年　　月　　日

　北海道紋別高等養護学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学 校 名

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校 長 名

　　　教育相談・見学について（依頼）

　次のとおり、生徒・保護者が希望していますので、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　　年　　月　　日（　　）　[ ] 午前　[ ] 午後　　　　時　　　分　から |
| 相談内容来校者 | [ ] 受検に向けた教育相談[ ] 受検以外の教育相談[ ] 学校見学 | 参 加 者 | 生徒(男　 名・女　 名)、保護者　 名、担任　 名、他　 名 |
| 生徒氏名 |  (男・女) |
| 保護者氏名 |  | 学年 | 年 |
| 所属学級 | [ ] 通常 　[ ] 知的 　[ ] 自閉症・情緒 [ ] その他(　　　　) |
| 生徒氏名 | (男・女) |
| 保護者氏名 |  | 学年 | 年 |
| 所属学級 | [ ] 通常 　[ ] 知的 　[ ] 自閉症・情緒 [ ] その他(　　　　) |
| 生徒氏名 | (男・女) |
| 保護者氏名 |  | 学年 | 年 |
| 所属学級 | [ ] 通常 　[ ] 知的 　[ ] 自閉症・情緒 [ ] その他(　　　　) |
| 生徒氏名 | (男・女) |
| 保護者氏名 |  | 学年 | 年 |
| 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[x] （チェック）を記入ください。

 ※　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。