令和　　年　　月　　日

　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　　年　　月　　日（　）　□午前　□午後　　　　時　　　分　から |
|  |  □学校見学 | 参 加 者 |  生徒(男　 名・女　 名)、保護者　 名、担任　 名、他　 名 |
|  □受検に向けた 教育相談 | 参 加 者 | 生徒(男　 名・女　 名)、保護者　 名、担任　 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(　　　) |
|  □受検以外の 　教育相談 | 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）を記入してください。

 ※　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。