

令和 年 月 日

秋田県立比内支援学校長
鎌田 裕之 様

〇〇〇立〇〇〇学校
校 長 〇〇 〇〇

教育相談（体験学習）について（依頼）

このことについて、次のとおり、教育相談（体験学習）をお願いします。

記

- 1 日 時 令和 年 月 日 ()
午前（午後）〇〇時〇〇分～ 午前（午後）〇〇時〇〇分
- 2 訪問者 〇年〇組（〇〇障害特別支援学級） 〇氏〇〇名〇
保護者 〇〇〇〇（続柄）
引 率 〇〇〇〇（担任）
- 3 相談（体験）の内容
◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆
◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆
- 4 その他の連絡事項
□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□

担 当
〇〇立〇〇〇学校
□□ 〇〇 〇〇
TEL
FAX

*依頼書と一緒に送付してください。もしくは相談の際にお持ちください。

*□にシ点を入れるか、該当する項目を○で囲んでください。

秋田県立比内支援学校かつの校 教育相談受付票

相談予定年月日	令和 年 月 日 () 時 分		
来校予定者	本人 ・ 父 ・ 母 ・ 担任 ・ その他 ()		
ふりがな 児童生徒氏名	男・女	生年月日 平成 年 月 日生 (歳)	
		学校連絡先 TEL	
在籍校	学校		担任名
	学年 年 組		
在籍学級	<input type="checkbox"/> 通常学級 (通級による指導 有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (知的 自閉症・情緒 肢体不自由 その他())		
保護者氏名	続柄 ()		
住所	〒		
連絡先	自宅TEL	緊急連絡先	
家族の状況 例：父(会社員) 弟(小3)等			
障害の状況等	診断を受けている障害・病気		
	主な障害・病気		
	療育手帳 [<input type="checkbox"/> 有り (□A □B) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし] 身障者手帳 [<input type="checkbox"/> 有り (□A □B) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし] 精神保健福祉手帳 [<input type="checkbox"/> 有り (□A □B) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし]		
相談の内容	<input type="checkbox"/> 学校見学 <input type="checkbox"/> 子どもの特性に関すること <input type="checkbox"/> 就学・入学・転入学に関すること <input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> 体験学習 <input type="checkbox"/> その他 ()		
相談の目的	(例) 高等部を受検するに当たり、学校の様子を詳しく知りたいから。		