

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)	
		在籍校	学校 学校連絡先 TEL
在籍学級	学年 年 組	担任名	
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		
	・アレルギー (ある「食物等」 / なし)		
	・てんかん (ある「通院の頻度 に 回」 / なし)		
	・その他服薬 (ある「1日 回 薬名」 / なし)		
相談の内容	療育手帳 [<input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし]		
	身障者手帳 [<input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし]		
相談の目的	<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。		
※高等部受検 予定者のみ	高等部受検の際、合理的配慮の提供を希望しますか？ はい/いいえ → ()		