令和○年○○月○○日

北海道中札内高等養護学校長　様

（学校名）長　○　○　○　○

　　　教育相談（または、学校見学）について（依頼）

　○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○。

　○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○。

記

１　相談（見学）の目的 （相談（見学）の主訴を簡単に記入してください）

２　日　　　　時 令和○○年○○月○○日（○）　　○○：○○～○○：○○

３　相談生徒氏名 　○○　○○（知的障害特別支援学級　　　　　○学年）

 　 ○○　○○（自閉症・情緒障害特別支援学級　○学年）

４　訪問保護者名 保護者　（　 母　 ）　○○　○○

 　 （施設職員）　○○　○○

５　訪問教諭氏名 教　諭 （担　　任）　○○　○○

 　（進路担当）　○○　○○

６　そ　の　他 過去の本校教育相談　（　無　・　有：○○年○○月、○○年○○月　）

　　　　　　　　　 　授業及び学校（寄宿舎含）見学の希望（　有　・　無　）

　　　　　　　　　　　その他の希望・事前連絡等（あれば記載）

（　無　・　有：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　連絡先・担当者