令和　　年　　月　　日

　北海道中札内高等養護学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市立○○中学校長　○　○　○　○

　　　教育相談について（依頼）

　○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

記

１　訪問の目的　　（相談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　者　　　保護者（母）　　　○○　○○

　　　　　　　　　　保護者（施設職員）○○　○○

　　　　　　　　　　教諭（担任）　　　○○　○○

　　　　　　　　　　教諭（進路担当）　○○　○○

※中学校職員の訪問は任意です。

５　その他　　　　　・今年度又は過去の本校相談回数

　　　　　　　　　　・授業及び施設見学の有無

　　　　　　　　　　・連絡先・担当者