

様式（教育相談・見学依頼書）

令和 年（ ） 月 日

北海道札幌伏見支援学校長 様
（もなみ学園分校）

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 () <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分から		
内容	<input type="checkbox"/> 学校見学 <input type="checkbox"/> 受検に向けた教育相談 <input type="checkbox"/> 受検以外の教育相談		
参加者	生徒(男___名・女___名)、保護者___名、教員___名、他()___名		
	生徒氏名	(男・女)	学年 年
	保護者氏名		
	所属学級	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 自閉症・情緒 <input type="checkbox"/> その他()	
	生徒氏名	(男・女)	学年 年
	保護者氏名		
	所属学級	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 自閉症・情緒 <input type="checkbox"/> その他()	
	生徒氏名	(男・女)	学年 年
	保護者氏名		
	所属学級	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 自閉症・情緒 <input type="checkbox"/> その他()	
	生徒氏名	(男・女)	学年 年
	保護者氏名		
	所属学級	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 自閉症・情緒 <input type="checkbox"/> その他()	
備考(相談したい内容等)			

※ : 該当する箇所に (チェック) を御記入ください。

※ 事前に在籍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。