様式２（記入要領）

　　　 令和〇年○月○日

福岡県立直方特別支援学校長　　殿

○○町立○○小学校

校長　○○　　○○

教育相談について（依頼）

このことについて、下記のとおり継続的な教育相談をお願いいたします。

記

１　実施期間

　　　　・年間通じて行うようになった場合の書き方

令和〇年○月○日（○曜日）から一年間　　原則は月一回の頻度

　　　　・一回のみ行うようになった場合の書き方

　　　　　　令和〇年○月○日（○曜日）○：○○～○：○○

２　対象幼児児童生徒

　　　　○○町立○○小学校　　○学年○組　　　氏名　○○　○○

３　保護者氏名

　　　　氏名　○○　○○

自宅住所　〒○○○―○○○○　○○町大字○○△△番地

連絡先（電話番号）○○○―○○○○―○○○○

４　連絡先（窓口）

担当者名（役職名）：特別支援教育コーディネーター　教諭　○○　○○

電話番号　○○○○―○○―○○○○

ファックス番号　○○○○―○○―○○○○

５　担任名

　　　　○○　○○（特別支援学級担任）

○○　○○（一般学級担任）

６　相談担当者

福岡県立直方特別支援学校　知的障がい教育部門　○○　○○

７　相談会場

貴校、福岡県立直方特別支援学校を相談会場としてお借りいたします。

住所：直方市下境４１０－２　　電話番号：０９４９－２４－５５７０

職印の右端を青い点線のように揃えてください。

職

印

実施期間となるのか、実施期日になるのかは、本校担当者との打合わせの結果で決まりますので、本校担当者と事前打合せの上、御記入ください。なお、期間や期日の表記についても変わりますので御留意ください。

念のため、連絡先を御記入ください。緊急時を除き、本校担当者と保護者間で連絡を取り合うことはございません。必要な事項については、所属先を通じて保護者に連絡していただくことになります。

窓口は、学校によって異なることが予想されますが、特別支援教育コーディネーター、または、管理職の先生や教務主任であるようにお願いします。

対象幼児児童生徒に対する相談内容によって、本校担当者が異なりますので、事前に該当の担当者と打合せを行った上で、本文書の作成をお願いします。

様式２（記入例①：年間を通じて行うようになった場合）

　　　 令和〇年○月○日

福岡県立直方特別支援学校長　　殿

○○町立○○小学校

校長　○○　　○○

教育相談について（依頼）

このことについて、下記のとおり継続的な教育相談をお願いいたします。

記

１　実施期間

　　　　令和〇年○月○日（○曜日）から一年間　　原則は月一回の頻度

２　対象幼児児童生徒

　　　　○○町立○○小学校　　○学年○組　　　氏名　○○　○○

３　保護者氏名

　　　　氏名　○○　○○

自宅住所　〒○○○―○○○○　○○町大字○○△△番地

連絡先（電話番号）○○○―○○○○―○○○○

４　連絡先（窓口）

担当者名（役職名）：特別支援教育コーディネーター　教諭　○○　○○

電話番号　○○○○―○○―○○○○

ファックス番号　○○○○―○○―○○○○

５　担任名

　　　　○○　○○（特別支援学級担任）

○○　○○（一般学級担任）

６　相談担当者

福岡県立直方特別支援学校　知的障がい教育部門　○○　○○

７　相談会場

貴校、福岡県立直方特別支援学校を相談会場としてお借りいたします。

住所：直方市下境４１０－２　　電話番号：０９４９－２４－５５７０

職

印

様式２（記入例②：１回のみ行うようになった場合）

　　　 令和〇年○月○日

福岡県立直方特別支援学校長　　殿

○○町立○○小学校

校長　○○　　○○

教育相談について（依頼）

このことについて、下記のとおり継続的な教育相談をお願いいたします。

記

１　実施期日

　　　　令和〇年○月○日（○曜日）○：○○～○：○○

２　対象幼児児童生徒

　　　　○○町立○○小学校　　○学年○組　　　氏名　○○　○○

３　保護者氏名

　　　　氏名　○○　○○

自宅住所　〒○○○―○○○○　○○町大字○○△△番地

連絡先（電話番号）○○○―○○○○―○○○○

４　連絡先（窓口）

担当者名（役職名）：特別支援教育コーディネーター　教諭　○○　○○

電話番号　○○○○―○○―○○○○

ファックス番号　○○○○―○○―○○○○

５　担任名

　　　　○○　○○（特別支援学級担任）

○○　○○（一般学級担任）

６　相談担当者

福岡県立直方特別支援学校　知的障がい教育部門　○○　○○

７　相談会場

貴校、福岡県立直方特別支援学校を相談会場としてお借りいたします。

住所：直方市下境４１０－２　　電話番号：０９４９－２４－５５７０

職

印

様式２（記入用紙）

　　　 令和　年　月　日

福岡県立直方特別支援学校長　　殿

校長

教育相談について（依頼）

このことについて、下記のとおり継続的な教育相談をお願いいたします。

記

１　実施期間

　　　　令和　年　月　日（　曜日）

２　対象幼児児童生徒

　　　　　　　　　　　　　　　学校　　　学年　組　　　氏名

３　保護者氏名

　　　　氏名

自宅住所　〒

連絡先（電話番号）

４　連絡先（窓口）

担当者名（役職名）：

電話番号

ファックス番号

５　担任名

　　　　　　　　　　　　　（特別支援学級担任）

（一般学級担任）

６　相談担当者

福岡県立直方特別支援学校　知的障がい教育部門　○○　○○

７　相談会場

貴校、福岡県立直方特別支援学校を相談会場としてお借りいたします。

住所：直方市下境４１０－２　　電話番号：０９４９－２４－５５７０