

令和〇年〇月〇日

福岡県立直方特別支援学校長 殿

職印の右端を青い点線のように揃えてください。

〇〇町立〇〇小学校
校長 〇〇 〇〇

職
印

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

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。

1 実施期間

- ・年間通じて行うようになった場合の書き方
令和〇年〇月〇日 (〇曜日) 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
令和〇年〇月〇日 (〇曜日) 〇:〇〇~〇:〇〇

2 対象幼児児童生徒

〇〇町立〇〇小学校 〇学年〇組 氏名 〇〇 〇〇

3 保護者氏名

氏名 〇〇 〇〇
自宅住所 〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇町大字〇〇△△番地
連絡先 (電話番号) 〇〇〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇

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。

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 〇〇 〇〇
電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇〇
ファックス番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇〇

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。

5 担任名

〇〇 〇〇 (特別支援学級担任)
〇〇 〇〇 (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 〇〇 〇〇

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。

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4 1 0 - 2 電話番号: 0 9 4 9 - 2 4 - 5 5 7 0

令和〇年〇月〇日

福岡県立直方特別支援学校長 殿

〇〇町立〇〇小学校 職
校長 〇〇 〇〇 印

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

令和〇年〇月〇日 (〇曜日) から一年間 原則は月一回の頻度

2 対象幼児児童生徒

〇〇町立〇〇小学校 〇学年〇組 氏名 〇〇 〇〇

3 保護者氏名

氏名 〇〇 〇〇

自宅住所 〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇町大字〇〇△△番地

連絡先 (電話番号) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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 〇〇 〇〇

電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

ファックス番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

5 担任名

〇〇 〇〇 (特別支援学級担任)

〇〇 〇〇 (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 〇〇 〇〇

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

令和〇年〇月〇日

福岡県立直方特別支援学校長 殿

〇〇町立〇〇小学校 職
校長 〇〇 〇〇 印

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

令和〇年〇月〇日（〇曜日）〇：〇〇～〇：〇〇

2 対象幼児児童生徒

〇〇町立〇〇小学校 〇学年〇組 氏名 〇〇 〇〇

3 保護者氏名

氏名 〇〇 〇〇

自宅住所 〒〇〇〇〇—〇〇〇〇 〇〇町大字〇〇△△番地

連絡先（電話番号）〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇

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 〇〇 〇〇

電話番号 〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇

ファックス番号 〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇

5 担任名

〇〇 〇〇（特別支援学級担任）

〇〇 〇〇（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 〇〇 〇〇

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

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4 1 0 - 2 電話番号: 0 9 4 9 - 2 4 - 5 5 7 0