（様式２）来訪相談

○○○○　― ○○○○

令和　　年　　月　　日

宮崎県立小林こすもす支援学校長　殿

○○立　○○小（中）学校

校長　○○　○○

（幼稚園・保育所・認定こども園等の場合）

○○法人　○○○

○○幼稚園、保育園

園長　○○　○○

（高等学校の場合）

○◯立　○○高等学校

校長　○○　○○

教育相談について（依頼）

　このことについて、下記の児童生徒（又は職員等）が貴校（　　学部）の教育相談を受けたいとの希望がありましたので、御対応をよろしくお願いいたします。

記

１　日時

 ２　児童(園児・生徒)名

 ３　学年

(園児の場合は年齢)

４　保護者名

　　５　担任名

　　　　特別支援教育コーディネーター名

　６　連絡先

令和○年○月○日（◯曜日）

午前・午後◯◯時◯◯分から　午前・午後○○時○○分まで

◯◯　○○　　性別（　　）

※職員のみの場合は該当職員の氏名を御記入ください。

○年生（知的障がい支援学級・自閉・情緒障がい支援学級・その他）

◯◯　○○

◯◯　○○

◯◯　○○

1. 保護者　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　）
2. 学校　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　）

　　７　その他

　　　◯　日程や相談概要については、事前に電話で調整・確認済みです。

◯　教育相談中の事故等については、保護者及び本校が責任を持って対応します。