令和　　年　　月　　日

須坂市立須坂支援学校長　様

在籍校・在籍園

学校長・園長

**教育相談について（依頼）**

このことについて、下記の通り申し込みます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | ふりがな  名前　　　　　　　　　　　　　　男・女 | 生年  月日 | | 平成　　年　　月　　日  (　　　　　)歳 |
| 学校連絡先　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　担任氏名  　　　　　　FAX | | | |
| 保育園（幼稚園）：　　年少　　年中　　年長  学校：（　　　)年　（　　　）組 | | | |
| 主　訴  （相談内容または依頼する事由を具体的に記述してください。） |  | | | |
| 支援の経過  （今までの園や学校での支援の内容） |  | | | |
| 希望日時 |  | | | |
| 相談申込者 | 教頭・園長  氏　名 | | 特別支援教育コーディネーター  氏　名 | |

○送付先

**須坂市立須坂支援学校長宛**

〒382-0013　 須坂市大字須坂780番地

**親展扱いとし封書で郵送**してください。**(須坂市内はメール便可　ＦＡＸ不可 )「須坂支援学校教育相談依頼在中」**と朱書きしてください。

○担当から日程の打ち合わせ等のご連絡をさせていただきます。