令和　　年　　月　　日

須坂市立墨坂中学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　在籍校

学校長

**通級指導教室(学びの教室)　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　　　　　　　　　　　　　 |
| 小・中 学校　　（　　　)年　（　　　）組　　※小学校は就学にかかわる６年生が対象 |
| 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。） |  |
| 　保護者の意向(意識)　　　　　　　 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　 | 特別支援教育コーディネーター氏　名　　　　 |

○送付先

**須坂市立墨坂中学校長宛**

〒382-0098　 須坂市墨坂南2-19-1

**親展扱い( 封書で郵送**してください。**ＦＡＸ不可 )「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。