

## 教育相談 希望調査用紙

長野県寿台養護学校

送信日 年 月 日 ( ) &lt;教育相談: 様式1&gt;

※必要事項をご記入の上、このまま送信してください。

宛先		長野県寿台養護学校 教育相談専任 宛 FAX 0263-86-9276		
依頼者	園・学校・機関名			
	所属長			
	住所			
	電話番号 ( ) - ( ) - ( )	FAX番号 ( ) - ( ) - ( )		
	担当者 (送信者)			
相談希望日時・会場	※番号・該当項目に○・該当項目のみ記入			
	※相談対象者が複数の場合は 複数の欄に記入し(人数)を加えてください。			
	1 希望なし→	寿台養護学校から、可能な日をお知らせします。		
	2 希望月日	第一希望 月 日 ( ) (人)	第二希望 月 日 ( ) (人)	
	3 希望時間	第一希望 : ~ (人)	第二希望 : ~ (人)	
	4 相談会場	・貴校 ・貴園 ・寿台養護学校 ・その他 ( )		
	※時間外での会議、病院等での会議への出席依頼は、教頭職に当たる方から、本校教頭へ、電話でのご依頼をお願いします。(病院での会議の場合は保護者様への了解も得てください。)			
	相談内容・必要事項記入	1 個	2 集団	3 その他
			担任名	担当名
		学年・組(性別) ( )	学年・組(人数) ( )	対象 学年・組 ( )
相談内容(番号・に○・複数記入可)				
1 就学相談(・知的障害教育 ・病弱虚弱教育) 2 教育相談(・知的障害教育 ・病弱虚弱教育) 3 担任と相談 4 諸検査実施 5 保護者と相談 6 児童・生徒と相談 7 検査報告 8 学年会での相談 9 教科担任者会での相談 10 校内研修 11 管理職とコンサルテーション 12 支援担当者とのコンサルテーション 13 その他 記述(_____ _____)				

※個人情報の取扱いに留意いただき、ご記入ください。