

送信日 年 月 日 () (教育相談: 様式1)

※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 F A X 0 2 6 3 - 8 6 - 9 2 7 6	
依頼者	園・学校・機関名		
	所属長		
	住所		
	電話番号 () - () - ()	F A X 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	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 ()
必要事項記入	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 学校運営に関する相談 12 学級運営に関する相談 13 その他		
	記述 (_____)		
	_____)		

※個人情報取り扱いに留意いただき、ご記入ください。