令和６年度入学に向けた

茨城県立水戸高等特別支援学校入学者選考に係る個別教育相談依頼書

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名・学年 | 　　　　　　　　立　　　　　　　　　　　　　　　学校 第　　　学年 |
| フリガナ |  |
| 生徒氏名 |  |
| 教育相談日時 | 　　　月　　　日（　　）　　午前・午後　　　　時　　　分～ |
| 保護者氏名 | フリガナ |
|  |
| 当日参加者数 | 本　人：１名、保護者　　　名、その他　　　名、　　　　　合　計　　　名 |
| 連絡先 | 電　話：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当： |
| その他 | ＊相談にあたり、配慮が必要なことがありましたら記入してください。 |

設定日　　６月２６日（月）～１２月１５日（金）

毎週月・水・金曜日（２、３年生の専門教科の授業日以外）

日程及び主な内容

　（１）日　　　程　　　午前　①　９：30～10：20　　②10：40～11：30

　　　　　　　　　　　　 午後　③13：30～14：20　　④14：40～15：20

（一人2０～3０分程度を予定しています。）

　（２）主な内容　　入学者選考についての説明・教育相談等