令和８年度県立水戸高等特別支援学校

入学者選考に係る教育相談依頼書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　茨城県立水戸高等特別支援学校

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 担任氏名 | フリガナ |
| 当日参加者数 | 本　人：１名、保護者　　　名、担任　　　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２日（月）～１２月２４日（水）

毎週月・水・金曜日（学校行事などで除外される日程がありますので了承ください）

　　　　　　＊R７.8.12(月)～＊R７.8.１５（金）は除外

日程及び主な内容

　（１）日　　　程　　　午前①　１０：００～10：５０　　　　②　１１：１０～1２：００

　　午後③　13：30～14：20　　　　④　14：40～15：30

(2)主な内容　　　入学者選考についての説明・教育相談等