

# 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