

令和9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

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(火)～12月18日(金) 毎週火・水・金曜日

※8/11(火)～14(金)、8/25(火)～28(金)は除外します。

その他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。

日程及び主な内容

(1)日 程 午前  A 10:00～10:50  B 11:10～12:00  
午後  C 13:30～14:20  D 14:40～15:30

(2)主な内容 本校教育課程や入学者選考についての説明及び教育相談