令和　　年　　月　　日

茨城県立水戸高等特別支援学校長　殿

○○市立○○学校長　○○　○○　印

教育相談について（依頼）

上記のことについて、下記のとおり依頼します。

記

１　日　時　　令和　　年　　月　　日（　　曜日）　　　○時から

２　相談対象者

　　名前

学年

性別

年齢

３　参加者

　　※幼児児童生徒（本人）、保護者、担任等

４　相談内容

※相談したい内容について記入

５　連絡先

　　※学校の連絡先【住所、電話番号】

※担当の方のお名前

６　その他