

須坂市立墨坂中学校長 様

在籍校

学校長

## 通級指導教室(学びの教室) 教育相談について (依頼)

このことについて、下記の通り申し込みます。

記

対 象 者	ふりがな 名前 男・女	生年 月日	平成 年 月 日 ( )歳
	学校連絡先 TEL FAX	担任氏名	
	小・中 学校 ( )年 ( )組 ※小学校は就学にかかわる6年生が対象		
主 訴 (相談内容または依頼する事由を具体的に記述してください。)			
	保護者の意向(意識)		
支援の経過 (今までの園や学校での支援の内容)			
希望日時			
相談申込者	教頭 氏 名	特別支援教育コーディネーター  氏 名	

○送付先

須坂市立墨坂中学校長宛

〒382-0098 須坂市墨坂南 2-19-1

親展扱い(封書で郵送してください。FAX不可)「教育相談依頼在中」と朱書きしてください。

○担当から日程の打ち合わせ等のご連絡をさせていただきます。