　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　号

令和　年　　月　　日

　宮城県立気仙沼支援学校長　殿

　 　 所 属 名

所属長名　　　　　　　　　　　　印

教育相談について（依頼）

　このことについて，下記のとおり申し込みます。

記

１　対象児について　　生年月日（H・R）　　　年　　月　　日（　　）歳（ 男 ・ 女 ）

２　学年・学級等

３　教育相談日 令和　年　　月　　日（　　） 時　　分～　　時　　分

４　当日の日程

５　相談者　　担任名：　　　　　　　　保護者名：

６　相談内容　　（具体的にお書きください。箇条書きでかまいません。）

・

担当：

電話：

FAX：