令和○○年○○月○○日

北海道函館高等支援学校長　様

○○市立○○中学校長　○　○　○　○

教育相談について（依頼）

○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○。

記

１　訪問の目的　　　**（相談の主訴を簡単にご記入ください）**

２　日　　　　時　　　令和○○年○○月○○日（○）　　　○○：○○　～　○○：○○

３　相談生徒氏名　　　○○　○○（知的障害特別支援学級　○学年）

○○　○○（自閉症・情緒障害特別支援学級　○学年）

４　訪問保護者　　　保護者（　 母 　）　○○　○○

（施設職員）　○○　○○

５　その他　　　(1) 連絡先

(2) 担当者