

この資料は、教育相談を申請することを目的としています。他の目的の利用や転写はお断りします。
プライバシーに十分ご留意くださるとともに、必ず部外秘扱いされるようお願いいたします。

教育相談申請書（市町→南越 幼児用）

秘

市町教育委員会

令和 年 月 日

福井県立南越特別支援学校長 様
市町教育委員会教育長 様

申請者 所属名

所属長名

電話番号（ ） -

印

下記のとおり教育相談を申請します。

ふりがな		生年月日	平成 年 月 日
子どもの氏名	(男・女)	歳児	
保護者氏名	(続柄)	職業	
現住所	〒	自宅電話	
相談したいこと (該当するものを○)	1 学習 (LD・LD 以外) 2 対人・行動 3 言語 4 運動 (粗大・微細) 5 就学・進路 6 養育・家庭生活 7 生活習慣 8 登園渋り		
(主訴にかかわる様子を具体的に書きください。)	学級担任氏名		
園所見 (現段階における園での具体的な対応や検討内容など)	特別支援教育コーディネーター氏名		
保護者の思い			
診断の有無	診断名：無・有（ ） 医療機関名： 服薬等：		
これまでの経緯 (該当するものを○)	1 初めて相談する。 2 昨年度相談したことがある。 3 以前相談したことがある。		