令和　　年　　月　　日

筑波大学附属聴覚特別支援学校長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校長名：

就学相談依頼

下記のとおり、児童生徒の就学相談をお願いいたします。

記

１．期　日　　　　　　令和　　年　　月　　日

２．相談者　　　　　　所　属

学　年

氏　名

　　　　　　　　　　　保護者氏名

３．内　容　　　　　　授業参観および就学相談

４．来校者及び人数

５．担当者及び連絡先

以上