

記号 第 号
令和 年 月 日

茨城県立盲学校長 殿

〇〇市立〇〇小中学校長 〇〇 〇〇

令和 年度 定期教育相談について（依頼）

上記のことにつきまして、下記のとおり定期学習支援をお願いいたしたくご依頼申し上げます。

記

相談期間は5月から
翌年の2月までになります。

1 実施時期および実施回数希望

期 間 令和 年 5 月 ~ 令和 年 2 月
時 間 午後 4 時 ~ 午後 5 時
曜 日 毎月 1 回 第 3 水曜日

支援学級在籍の場合
在籍学級名（交流学級名）
〇〇学級（ 学年 組）

2 対象児童生徒

2ヶ月に1回の場合は
隔月と記入してください。

児童生徒氏名 茨盲 太郎
生年月日 平成 2 5 年 6 月 3 日生
所 属 〇〇市立〇〇小中学校 第 5 学年 2 組
担任名 教諭 〇〇 〇〇

担任名のところは
在籍学級担任名（交流学級担任名）
と記入してください。

保護者名 〇〇 〇〇
住 所 〇〇市〇〇町 1 - 1
電 話 0 2 9 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

3 通学方法について

盲学校通学に際しては、保護者に送迎を依頼します。

4 けが等の事故について

貴校での活動中に、万一けが等の事故が生じた場合は本校の教育課程内の
こととして取り扱い、日本スポーツ振興センターに申請いたします。