○○　　年　　月　　日

学校

**（様式１）**

香川県立聴覚支援学校

校長　西山　香　様

学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 校長 氏名　　　　　　　　　　印

香川県立聴覚支援学校「きこえとことばの相談支援センター」

教育相談について（依頼）

　このことについて、別紙のとおり申し込みますので、よろしくお願いいたします。

記

１　対象児氏名　　　　　年　　　組　　　　○○　○○

２　保護者氏名　　　　　○○　○○

３　担任氏名　　　　　○○　○○