令和　年　月　日

和歌山県立紀伊コスモス支援学校

学　校　長　　様

学校名

校長名

教育相談担当者の派遣について（依頼）

教育相談について以下のとおり、依頼します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣先 | 学校名住所電話FAX |
| 担当者（職名・氏名） |
| 希望日時 | ○訪問、参観令和　年　月　日　曜日【　　　：　　　　～　　　　　：　　　】○協議会令和　年　月　日　曜日【　　　：　　　　～　　　　　：　　　】 |
| その他（連絡事項等） |  |