

スクールカウンセリング希望票

部 年 児童・生徒氏名

保護者（相談者）氏名

1 相談を希望する日

都合のつかない日がありましたら、×を記入してください。

6月10日（金）		6月23日（木）		7月8日（金）		7月21日（木）	
9月2日（金）		9月16日（金）		9月30日（金）		10月13日（木）	
10月27日（木）		11月10日（木）		11月25日（金）		12月1日（木）	
12月9日（金）		12月15日（木）		1月13日（金）		1月27日（金）	
2月3日（金）		2月17日（金）					

2 相談内容

項 目	該当事項に ○をつける。
・友人関係、いじめなどの対人関係	
・家庭環境、家庭の悩みなど	
・教職員、学校関係など	
・心身の健康、保健など	
・学業、進路など	
・障害について	

3 具体的に相談したい内容があれば書いてください。

\*この用紙は、封筒に入れ、封緘して担任又は担当に提出願います。

担当 地域支援連携課  
外山 真吾