

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16日（金） | | 7月7日（金） | | 7月20日（木） | | 9月7日（木） | |
| 9月22日（金） | | 10月6日（金） | | 10月20日（金） | | 11月2日（木） | |
| 11月17日（金） | | 11月30日（木） | | 12月15日（金） | | 1月12日（金） | |
| 1月26日（金） | | 2月16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