

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3日(木)		6月23日(水)		7月8日(木)		7月16日(金)	
9月2日(木)		9月16日(木)		10月1日(金)		10月14日(木)	
11月2日(火)		11月26日(金)		12月2日(木)		12月16日(木)	
1月13日(木)		1月27日(木)		2月3日(木)		2月18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
長谷部 千恵