

1 目 的

- ・知的障害のある児童生徒及びその保護者が、特別支援学校の理解を深めることができるようにする。
- ・児童生徒及び保護者の就学に関する相談の機会とする。

2 期 日 ①令和7年6月6日（金）、②6月13日（金）、③6月20日（金）

①～③のうち希望する一日

④令和7年9月16日（火）

※①、②、③は外部のみ。④は本校小6のみを対象に実施する。

3 場 所 静岡県立静岡北特別支援学校 中・高等部棟2階音楽室

4 対 象 小学6年生児童・中学生及びその保護者並びに現在籍校担任

5 内 容 学校概要説明、授業参観及び教育相談

6 定 員 一日あたり10人程度

7 日 程

時 間	児童・生徒	保護者
9:15～9:30	受 付	
9:30～10:00	中学部の概要説明	
10:00～10:30	中学部内の授業参観（作業学習）	
10:40～ 教育相談終了後、 順次解散	授業参観 （作業学習・体育）	教育相談

8 持ち物

(1) 児童・生徒：上靴、体育館シューズ、ハンカチ、ティッシュ、水筒

(2) 保護者：筆記用具、スリッパ

9 参加申込

(1) 保護者は参加申込書に必要事項を記入し、現在籍校に提出してください。

(2) 現在籍校は参加申込書を取りまとめ、個人情報ですので静岡北特別支援学校に郵送（簡易書留）もしくは持参してください。（FAXは不可）

・締め切り ①②③5月14日（水） ④7月22日（火）

10 その他

(1) 実施日が決定次第、現在籍校へ連絡します。現在籍校は該当保護者への連絡をお願いします。

(2) 実施日当日は、公共交通機関での来校をお願いします。

・十分な駐車スペースの確保ができない状況ですので、御協力をお願いします。

・御不明な点がございましたら、電話にて下記までお問い合わせください。

(3) 下記バス時刻を参考に来校してください。（R7.4.1現在）

静岡駅発 → こども病院着	こども病院発 → 静岡駅着
8:08 → 8:43	12:32 → 13:01
8:20 → 8:55	13:02 → 13:31

担 当 中学部主事 郡 哲也

電 話 054-245-8194

中学部 学校参観・教育相談 参加申込書

希望日：第 1 希望、第 2 希望について()内に、①～③を記入してください。

- ① 6 月 6 日(金) ② 6 月 13 日(金) ③ 6 月 20 日 (金)

⇒ 第 1 希望 () 第 2 希望 ()

ふりがな		性 別	年 齢
参 加 児 童・生 徒 名			
生 年 月 日	平成 年 月 日		
在籍学校名・学年	学校 年		
在籍学級	特別支援学級 ・ 通常学級 (○で囲む)		
学校電話番号	TEL () ー		
学校 FAX 番号	FAX () ー		
参 加 担 任 名	※短時間でも構いませんので参加をお願いします。		
参 加 保 護 者 名			
現 住 所	〒 住所		
	TEL () ー		
過去の本校見学・体験の有無	あ り ・ な し		
今回相談したい内容			
障 害 名 ※特に配慮すべきこと			
健康面などで配慮すべきこと その他対応に配慮すべきこと			
お子さんの好きな遊び、 得意なことなど			