R 7年度 スクールカウンセリング希望票

部 年 児童・生徒氏名

保護者氏名

1 相談を希望する人（該当に「○」をつけてください。）

児童生徒（本人） ・ 保護者

2 相談を希望する日

- ・希望日は複数日（3日以上）に「○」を記入してください。
- ・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20日（金）		7月4日（金）		7月18日（金）		9月5日（金）	
9月19日（金）		10月3日（金）		10月31日（金）		11月14日（金）	
11月21日（金）		12月5日（金）		12月19日（金）		1月9日（金）	
1月16日（金）		2月13日（金）					

斜線帯 B

3 相談内容

項目	該当事項に「○」を記入
・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	

4 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、御家庭にある封筒に入れ担当へ提出してください。

相談内容を知られたくない場合は、紙を折り斜線帯を合わせて糊付けしてください。

担当 地域支援連携課 熊澤 直輝

斜線帯 A（斜線帯 B に合わせてのり付け）