

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8年6月5日（金）、②6月12日（金）、③6月19日（金）

※①～③のうち希望する一日

④令和8年9月15日（火）

※①、②、③は外部生のみ。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）	教育相談

8 持ち物

- (1) 児童・生徒 : 上靴、筆箱、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、静岡北特別支援学校に簡易書留で郵送、もしくは持参してください（FAXは不可）。

・締め切り ①②③5月13日（水） ④7月22日（水）

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) 実施日当日児童・保護者は、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。
 - ・担任の先生の駐車スペースについては、電話にて御相談ください。
- (3) 以下のバス時刻を参考に来校してください。（R8.4.1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

- (4) 御不明な点がございましたら、電話にてお問い合わせください。

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5日(金) ② 6月12日(金) ③ 6月19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 ()	—	
学校FAX番号	FAX ()	—	
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 () —		
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			