○○○ 第　　　　　号

令和　　年　　 月　 日

島根県立松江ろう学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 園 ・ 所 名

園長・所長名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　特別支援学校による巡回教育相談について（依頼）

下記のとおり、貴校からの巡回教育相談を依頼したいので、よろしくお取り計らいください。

記

１　日　時　　　　　令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　：　　　～　　　：

２　相談対象児　　　　　　　歳児　　[　男　・　女　]

３　本件に係わる担当者　　　　職　　　　　　　氏名

４　その他