**【熊本聾学校への来校相談の場合】**

○○小第□□□□号

令和〇年○月○日

熊本県立熊本聾学校長

　　　市原　留美子　様

○○市立○○小学校長

　○　○　○　○

○○○○について（依頼）

○○の候　貴職にはますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

　さて、この度、本校児童及び保護者が、貴校での聴力測定を下記のとおり希望しております。

つきましては、御多用中とは存じますが、よろしくお取り計らいくださいますようお願いします。

記

１　日　時　　　　　令和〇年○月○日（○）

　　　　　　　　　　午前１０時～午前１１時

２　訪問者　　　　　○　○　○　○　（○○小学校　○年）

○　○　○　○　（難聴特別支援学級担任）

○　○　○　○　（保護者）

３　内　容　　　　　体験交流

聴力測定

　　　　　　　　　　語音検査

連絡先

○○市立○○小学校

担当者：

TEL　：

FAX ：

Email：

**【熊本聾学校からの訪問支援の場合】**

○○小第□□□□号

令和〇年○月○日

熊本県立熊本聾学校長

　　　市原　留美子　様

○○市立○○小学校長

　○　○　○　○

教育相談について（依頼）

○○の候　貴職にはますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、本校では、下記のとおり教育相談を計画しました。

つきましては、貴所属の齊藤　尚美　教諭に御指導いただきたいので、御多用中とは存じますが、御高配くださいますようお願いします。

記

１　日　時　　　　　令和〇年○月○日（○）

　　　　　　　　　　午前１０時～午後４時

２　場　所　　　　　○○市立○○小学校

３　内　容

1. ○　○　○　○　（○年）の聴力測定・語音検査
2. 交流学級及び難聴特別支援学級授業参観
3. 校内研修「聴覚障がいのある子どもの理解と支援について」
4. 保護者教育相談

連絡先

○○市立○○小学校

担当者：

TEL　：

FAX ：

Email：