令和６年（２０２４年）　月　日

熊本県立鏡わかあゆ高等支援学校長　様

 　　　○○学校長

 ○○　○○

　　　選抜検査に係る教育相談について（依頼）

このことについて、下記の内容で教育相談をお願いします。

記

１　日　時

 令和６年（２０２４年）　月　　日（　曜日）午前○時○分～○時○分

２　相談者

（１）生　徒：　３年（学級種：○○学級）

（２）保護者：○○○〇○

（３）職　員：○○〇○○　　　計○人

３　内容

（１）選抜検査に関すること

（２）教育課程に関すること

（３）その他

４　連絡先

 　○○学校

 担当　：○○〇○○

 電話　：

 FAX　 ：

　 E-mail ：