

面談を希望する場合に使用 要保管

親園中学校 Tel 28-1014
 FAX 28-1098
 担任又は教育相談係 行き

*事前申し込みは、基本、希望日の1週間前までをお願いします。
 生徒を通じてお渡しいただくか、電話・ファックスでの申込みでもかまいません。また、生徒本人に知らせたくない場合はその旨ご連絡ください。日程調整のため担任又は、係から折り返しご連絡しますので、連絡先を下記「面談希望書」にご記入ください。

月	親園中学校	曜日	親園小学校	曜日	宇田川小学校	曜日	佐久山小学校	曜日
5	5/10	火	5/27	金	5/26	木	5/17	火
6	6/ 7	火	6/21	火	6/27	月	6/17	金
7	7/ 6	水	7/19	火	7/15	金	7/ 5	火
8	/							
9	9/20	火	9/16	金	9/ 7	水	9/ 6	火
10	10/5	水	10/21	金	10/18	火	10/ 4	火
11	11/16	水	11/18	金	11/24	木	11/15	火
12	12/17	土	12/16	金	12/20	火	12/ 2	金
1	1/17	火	1/20	金	1/19	木	1/27	金
2	2/ 3	金	2/24	金	2/21	火	2/ 7	火
3	/							

親園中学校
Tel 28-1014

担当：担任及び教育相談係
 小森・星

スクールカウンセラー面談希望書

スクールカウンセラーとの面談を希望します。

年 組 番 生徒氏名 _____

記入者名 _____

連絡先Tel (_____)

詳細の日程調整が必要な場合のみ使用

1 希望日 ・上記、日程からお願いします。

() 月 () 日 () 曜日 会場…他校を希望の場合のみ記入(小)

2 希望時間 ・第2希望までお知らせください。

第1希望 ():()~の枠

第2希望 ():()~の枠

3 面談者 ・面談を希望される方を○で囲んでください。

生徒本人

保護者… 父 ・ 母 ・ その他 ()