

中 聴 支 第 7 1 号
令 和 6 年 5 月 1 日

高等学校・支援学校高等部第3学年生徒等保護者 様

大阪府立中央聴覚支援学校
校 長 吉 田 伸 哉

令和6年度 令和7年度府立中央聴覚支援学校高等部専攻科入学に向けた
教育相談について（ご案内）（高等学校・支援学校高等部第3学年生徒等対象）

時下、貴職におかれましては益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は本校の教育活動にご理解ご協力いただき誠にありがとうございます。

さてこの度、聴覚障がいのある高等学校・支援学校高等部第3学年生徒等とその保護者を対象に、教育相談を実施します。つきましては、この機会に是非本校を見学し、今後の進路決定の材料の一つにしていただければ嬉しく思います。どうぞ、お気軽にお申込みください。なお、申し込みにつきましては、申込用紙を在籍校までご提出ください。

記

1. 期 間 令和6年6月3日（月） から12月末まで随時
2. 場 所 本校高等部 4階 応接室
3. 対 象 高等学校・支援学校高等部第3学年生徒等とその保護者、
担任および進路指導関係担当教員

4. 申し込み

- ・申込用紙に希望日時を第3希望までご記入の上、在籍校までご提出ください。
- ・教育相談に伴い、学校見学・授業見学・寄宿舎見学もできますので、事前にお知らせください。
なお、授業見学を希望される場合は、希望日を8月23日（金）から12月23日（月）までの期間内にしてください。

5. その他

- ・生徒のみの教育相談は実施できません。必ず保護者とともに教育相談を受けてください。
なお、保護者の方のみの教育相談は実施可能です。また、教員の付き添いは任意です。
- ・駐車場がありませんので、車での来校はご遠慮ください。

【問い合わせ先】

大阪府立中央聴覚支援学校 高等部 上田 章晶
TEL 06-6761-1424（高等部直通）
TEL 06-6761-1419（代表） FAX 06-6762-1800

令和 年 月 日

大阪府立中央聴覚支援学校
高等部 上田章晶 宛

令和7年度府立中央聴覚支援学校高等部専攻科入学に向けた教育相談の申し込み

教育相談来校予定者

氏名	該当に○をしてください		
	生徒（ 年 組 ）	保護者	教員
	生徒（ 年 組 ）	保護者	教員
	生徒（ 年 組 ）	保護者	教員

教育相談の希望日をご記入ください。

※担当者の都合でご希望に沿えない場合は、改めてご相談させていただきます。

希望日 1. 月 日 () 時 分 ~ 時 分
2. 月 日 () 時 分 ~ 時 分
3. 月 日 () 時 分 ~ 時 分

学校見学・授業見学 を 希望する 希望しない

寄宿舍見学 を 希望する 希望しない

学 校 名

住 所

電 話

引率教員 (任意)

FAX 番号 06-6762-1800