

中 聴 支 第 2 1 号
令 和 8 年 5 月 1 日

市 町 村 教 育 委 員 会
支 援 教 育 主 管 課 長 様

大 阪 府 立 中 央 聴 覚 支 援 学 校
校 長 吉 田 伸 哉

令 和 9 年 度 府 立 中 央 聴 覚 支 援 学 校 高 等 部 (本 科) 入 学 に 向 け た
教 育 相 談 案 内 文 の 配 付 に つ い て (依 頼)

時 下、貴 台 に お か れ ま し て は ま す ま す ご 健 勝 の こ と と お 喜 び 申 し あ げ ま す。平 素 は 本 校 の 教 育 推 進 に ご 理 解 ご 協 力 を 賜 り、厚 く お 礼 申 し あ げ ま す。

さ て、本 校 高 等 部 で は、聴 覚 障 が い の あ る 中 学 校 ・ 支 援 学 校 中 学 部 第 3 学 年 生 徒 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、ご 多 用 の と こ ろ 恐 縮 で す が、貴 市 町 村 の 中 学 校 及 び 小 中 一 貫 校 に 下 記 の 通 り ご 配 付 い た だ き ま す よ う、何 卒 よ ろ し く お 願 い 申 し あ げ ま す。

記

1. 令 和 9 年 度 府 立 中 央 聴 覚 支 援 学 校 高 等 部 (本 科) 入 学 に 向 け た 教 育 相 談 に つ い て
(ご 案 内) (中 学 校 ・ 支 援 学 校 中 学 部 第 3 学 年 生 徒 対 象)
2. 保 護 者 様 向 け 案 内 文
3. 令 和 9 年 度 府 立 中 央 聴 覚 支 援 学 校 高 等 部 (本 科) 入 学 に 向 け た 教 育 相 談 の 申 し 込 み

関係中学校 学校長 様
関係支援学校 学校長 様

大阪府立中央聴覚支援学校
校 長 吉 田 伸 哉

令和9年度府立中央聴覚支援学校高等部（本科）入学に向けた教育相談について（ご案内）
（中学校・支援学校中学部第3学年生徒対象）

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、本校高等部では、聴覚障がいのある中学校・支援学校中学部第3学年生徒とその保護者を対象に、教育相談を実施します。是非、この機会にご参加いただいて、進路選択の参考にしてくださいませよう、ご案内申し上げます。

記

1. 期 間 令和8年6月1日（月） から12月末まで随時
2. 場 所 本校高等部 4階 会議室
3. 対 象 中学校・支援学校中学部第3学年生徒とその保護者、担任および進路指導関係担当教員
4. 申し込み
 - ・各校で別紙1・別紙2を聴覚に障がいのある関係生徒、保護者に配付してください。
 - ・保護者の希望日時をもとに決定後、担当者より連絡いたします。
 - ・教育相談に伴い、学校見学・寄宿舎見学もできます。事前にお知らせください。
 - ・教育相談は1回あたり約30分を予定しています。
5. その他
 - ・生徒と保護者の方、あるいは保護者の方のみの教育相談の実施が可能です。
なお、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。
 - ・別紙2の申込書が、保護者より提出されましたら、申込内容をフォームに入力、またはFAXにてお送りください。

【問い合わせ先】

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

中 聴 支 第 2 1 号
令 和 8 年 5 月 1 日

中学校・支援学校中学部第3学年保護者 様

大阪府立中央聴覚支援学校
校 長 吉 田 伸 哉

令和9年度府立中央聴覚支援学校高等部（本科）入学に向けた教育相談について（ご案内）
（中学校・支援学校中学部第3学年生徒対象）

時下、保護者の皆様におかれましては益々ご清祥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、聴覚障がいのある中学校・支援学校中学部第3学年生徒を対象に、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いただければ嬉しく思います。なお、申し込みにつきましては、**別紙2**の申込用紙を在籍校までご提出ください。

記

1. 期 間 令和8年6月1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 中学校・支援学校中学部第3学年生徒とその保護者、担任および進路指導関係担当教員
4. 申し込み
 - ・**別紙2**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・寄宿舍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6月1日（月）から12月22日（火）までの期間内の申し込みでお願いいたします。
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 教務主任
TEL 06-6761-1424（高等部直通）
TEL 06-6761-1419（代表）
FAX 06-6762-1800

大阪府立中央聴覚支援学校
高等部 教務主任 宛

令和9年度府立中央聴覚支援学校高等部（本科）入学に向けた教育相談の申し込み

<教育相談を希望のご家庭は上記の内容を記入し、在籍校までご提出ください>

学校名 _____ 第 学年 _____ 生徒名 _____

保護者名 _____

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

-----以下、在籍校担当者用 ※切り取らないでください-----

<①②いずれかの方法で中央聴覚支援学校高等部までお申し込みください>

- ① 申し込み内容を以下のQRコードのフォームから回答してください。
- ② 下記の必要事項をご記入の上、この用紙をFAXで送信してください。



学 校 名	_____
住 所	_____
電 話	_____
引率教員（任意）	_____

<https://forms.gle/NghLChEq8JTU1tg96>

申込先 FAX 番号 06-6762-1800