

スクールカウンセラー・カウンセリング相談申請用紙

船橋市立習志野台第二小学校

以下のとおりカウンセリングを希望します。

(必要事項をご記入後、担任又は教頭・特別支援コーディネーター・教育相談担当へお渡しください)

申請日	令和 年 月 日
相談希望者	年 組 児童氏名 _____ 相談者氏名 _____ 続柄 (母・父・ _____) 連絡先電話番号 _____
相談内容 (簡単に)	
相談希望日時	下記の1又は2の数字を○で囲ってください。 1 希望日時なし (カウンセラーの都合に合わせる) 2 希望日時あり <hr/> 2を選択した方のみ、希望日を記入し、希望時間を○で囲ってください。 第1希望 令和 年 月 日 ・10:30～ ・11:20～ ・13:35～ ・14:25～ ・時間はお任せ 第2希望 令和 年 月 日 ・10:30～ ・11:20～ ・13:35～ ・14:25～ ・時間はお任せ 第3希望 令和 年 月 日 ・10:30～ ・11:20～ ・13:35～ ・14:25～ ・時間はお任せ ※ご希望に添えない場合、電話等で連絡し調整させていただくことがあります。

※令和5年度カウンセラー相談予定日は裏面をご覧ください。

(やむを得ない事情で変更になることがあります)

電話 047-465-2199

.....※ 以下は学校で記入します ※.....

スクールカウンセラー・カウンセリング実施予定

相談予定日時	月 日 10:30～ 11:20～ 13:35～ 14:25～ (その他 _____)
備考・特記事項	
確認欄	・カウンセリング担当 教頭 長江 了
	・特別支援教育コーディネーター 虹組 戸室 直美
	・教育相談担当 養護教諭 中山 友絵

令和5年度 スクールカウンセラー・カウンセリング予定一覧

回	月	日	曜	10:30～11:15	11:20～12:05	13:35～ 14:20	14:25～15:10
1	4	11	火				
2		18	火				
3		25	火				
4	5	2	火				
5		9	火				
6		15	月				
7		23	火				
8		30	火				
9	6	6	火				
10		13	火				
11		20	火				
12		27	火				
13	7	4	火				
14		11	火				
15		18	火				
16	9	1	金				
17		5	火				
18		12	火				
19		19	火				
20	10	3	火				
21		10	火				
22		17	火				
23		24	火				
24		31	火				
25	11	7	火				
26		14	火				
27		21	火				
28		28	火				
29	12	5	火				
30		12	火				
31		19	火				
32	1	9	火				
33		16	火				
34		23	火				
35		30	火				
36	2	6	火				
37		13	火				
38		20	火				
39		27	火				
40	3	5	火				
41		12	火				
42		21	木				