

令和 年 月 日

長崎県立ろう学校長 様
(佐世保分教室)

学校(園)名

校長(園長)名

印

教育相談依頼書

下記により教育相談を依頼します。

記

担当者氏名等	住所	Tel	FAX
	担当者名	職名()	
相談対象	○で囲む ・聴覚障害 ・その他の障害() ・不明		
相談支援項目	相談項目に○をつける () 聴力測定や補聴器のチェックを行う () 発音や言葉についての相談支援を行う () 授業や学校・園生活の様子を観察して相談に応じる () 諸検査による実態把握を行う () 職員や保護者への理解啓発のための講話や研修を行う () 聴覚障害についての出前授業を行う () その他()		
相談支援の概要	希望する相談支援内容を具体的に記入してください		
相談対象者	○で囲む ・幼児児童生徒(年齢/学年)(性別) ※個人名は記入しない ・保護者 ・教職員 ・その他()		
相談希望日時	第1希望 令和 年 月 日() 時 分～ 時 分 第2希望 令和 年 月 日() 時 分～ 時 分 第3希望 令和 年 月 日() 時 分～ 時 分		
相談場所	○で囲む ・ろう学校佐世保分教室 ・依頼校・園(場所)		
特記事項			

郵送か FAX でお申し込みください。

長崎県立ろう学校佐世保分教室

〒857-0114 佐世保市小舟町60

FAX 0956-46-2488