年　　　　月　　　　日

鶴南特別支援学校長様

学校名

学校長名

巡回相談派遣申請書

下記により巡回相談派遣を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡先 | 住所 電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） FAX（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 実施日時 | 　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日（　　　　　　　） |
| 　　　　　　 時　　　　　　分～　　　　時　　　　　　分 |
| 対象者 | ※〇で囲んでください。幼児児童生徒　　　　教職員　　　　保護者　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 支援希望項目 | ※〇をつけてください。（　　　）相談（支援方法等）　（　　　）観察等（対象幼児児童生徒）　（　　　）研修・講演　　　　　（　　　）その他【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 主となる相談内容 |  |
| 対象児童生徒の様子と今まで行ってきた支援（分かる範囲でご記入ください） | （生活や学習の様子、対人関係、行動の様子、今まで行ってきた支援） |
| 担当者 | 特別支援教育コーディネーター | （職名）　　　　　　　　　　　　（氏名） |
| 担任 | （氏名） |