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 | 〇でかこむ　・聴覚障害　　　・その他の障害（　　　　　　）　・不明 |
| 相談支援項目 | 相談項目に〇をつける（　　）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 | 〇で囲む　　　　　　　　・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 | 〇で囲む・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