令和　　 年　 　月 　　日

長崎県立大村特別支援学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校（ 園 ）名

校長（園長）名　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　印

**特別支援教育相談依頼書**

　　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（職名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名） |
| 相談項目 | 相談項目に○をつける（　　）発達障害のある幼児児童生徒への対応（　　）学習や行動上特別の配慮が必要、及び指導上気になる幼児児童生徒への対応（　　）視覚障害、聴覚障害、知的障害、肢体不自由、病弱、情緒障害、言語障害のある幼児児童生徒への対応（　　）その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 支援等項目 | 支援等項目に○をつける（　　）授業や学校・園生活の様子を観察して担任や保護者等の相談に応じる（　　）聞こえとことばに関する簡易検査等による実態把握を行う（　　）職員や保護者に対して理解啓発のための講演や研修を行う（　　）校内支援体制作りや授業等の助言を行う（　　）その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 相談・支援等概要 | 相談・支援等の概要を記入してください |
| 相談対象者 | ○でかこむ　　・幼児児童生徒（学年等　　　　　　）（性別　　　　　　）・教職員　・保護者　・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 | 希望する場所を○でかこむ相談場所：大村特別支援学校で実施　　　　　　依頼校・園で実施（場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項 |  |
| 備　　考 |  |

**大村特別支援学校　　　　TEL：（0957）－５２－６３１２　／　FAX：（0957）－５３－４３０２**

※電話相談の上、郵送または、FAXにてお申込みください。