

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。