

令和 年 月 日

長崎県立鶴南特別支援学校長 様  
(五島分校)

(学校長名)

(公印省略)

### 教育相談等依頼書

派遣先	学校名
	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 ( ) 学習や行動上特別な配慮が必要な幼児児童生徒(原因不明)への対応 ( ) 学習や行動上大きな問題は見られないが、指導上気になる幼児児童生徒への対応 ( ) 通常学級等に在籍する視覚障害、聴覚障害、知的障害、肢体不自由、病弱、情緒障害、言語障害等のある幼児児童生徒への対応 ( ) その他
支援項目	支援項目に○をつける。 ( ) 園・学校生活や授業の様子等を観察して担任や保護者等の相談に応じる。 ( ) スクリーニングテストや個別の発達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研究授業等の助言を行う。 ( ) その他
相談概要	※上記の相談・支援の概要を記入してください。
相談対象者	○で囲む 教職員・保護者・幼児児童生徒・その他( )
派遣日時	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分
特記事項	