

令和 年 月 日

長崎県立虹の原特別支援学校長 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（複数可） <input type="checkbox"/> 発達障害のある幼児児童生徒への対応 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
支援等項目	支援等項目に○をつける（複数可） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 発達検査や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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 校内支援体制作りや授業等の助言を行う <input type="checkbox"/> その他（ ）		
相談・支援等概要 （主訴）	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 <input type="checkbox"/> 幼児児童生徒（学年等 ）（性別 ） <input type="checkbox"/> 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 特別支援学校 依頼校・園（場所： ）		
特記事項			
備考			

