〈様式１〉

 令和　　　年　　　月　　　日

長崎県立佐世保特別支援学校長　様

 機関長名

（公印省略）

**相談申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣先 | 機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　　－　　　　－所在地 FAX　　　　－　　　　－ |
| 担当者　（職名）　　　　　　　　　　　　　（氏名）　 |
| 相談項目 | 相談項目に○をつける（　　）LD、ADHD等の発達障害のある児童生徒への対応（　　）学習や行動上特別な配慮が必要な幼児や児童生徒への対応（　　）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や児童生徒への対応（　　）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（　　）特別支援学級に在籍する児童生徒の指導等について（　　）個別の教育支援計画、個別の指導計画（自立活動含）作成についての対応（　　）その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 支援項目 | 支援項目に○をつける（　　）授業や学校（園）生活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。（　　）個別の教育支援計画、個別の指導計画（自立活動含）の作成について助言を行う。（　　）その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 相談等概要 | ※個々の児童・生徒の教育相談の場合は、〈様式２〉のプロフィール票へご記入ください。 |
| 相談対象者 | ○で囲む　　　　・教職員・保育士　　　　・保護者　　　　　・児童生徒　　　　・その他（　　　　　　　） |
| 派遣希望日時 | 第１希望　　　　令和　　　　年　　　　月　　　日（　　　）　　　　　：　　　　～　　　　：第２希望　　　　令和　　　　年　　　　月　　　日（　　　）　　　　　：　　　　～　　　　：第３希望　　　　令和　　　　年　　　　月　　　日（　　　）　　　　　：　　　　～　　　　： |
| 特記事項 |  |

※講演や研修の講師依頼の場合：様式１をＦＡＸしてください

※個々の児童生徒の教育相談の場合：様式１と２を郵送または持参してください

※相談後、校内委員会の実施、１か月を目途に、相談経過報告書の提出をお願いします。また、１か月後を目途に、経過確認の連絡をいたします。