令和　　年　　月　　日

長崎県立長崎特別支援学校長

　　　　　　　　　　　　　　　学校名

印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校長名

巡 回 相 談 派 遣 申 請 書

次により巡回相談を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　校　名 |  |
| 実　施　日 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　） |
| 時間 | 時　　分　～　時　　分 |
| 実　施　場　所 | 該当枠に☑を入れる□申請校　□特別支援学校　□その他（　　　　　） |
| 対　象　者 | 該当枠に☑を入れる□教職員　□保護者　□幼児児童生徒　□その他 |
| 支 援 希 望 項 目 | 該当枠に☑を入れる（複数可）□相談（支援方法等）□観察（対象児・生徒）□検査□研修・講演　□助言（研究授業など） □その他（　　　　　） |
| 内　容 | 【件名】【相談概要】 |
| 担　当　者 | 特別支援教育コーディネーター | 氏名 |
| 担　任 | 氏名 |
| 連　絡　先 | 所在地 | 長崎市 |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 相談員との事前連絡 | （特別支援学校の担当者）との連絡・了承済み |