令和　　年　　月　　日

長崎県立川棚特別支援学校長　様

機関長名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（公印省略）

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣先 | 機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　－　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　－　　　－  所在地  〒 |
| ふりがな  担当者（職名）　　　　　　　　　　（氏名） |
| ふりがな  担任等（　　　年　　　組）　　　　（氏名） |
| 依頼内容 | 支援項目に○をつけてください  （　　）幼児児童生徒の授業等の観察から助言を得たい  （　　）支援方法など教職員の相談に応じてほしい  （　　）教職員や保護者に向けて研修や講演をしてほしい  （　　）機関内での支援体制づくりや研究授業等の助言を得たい  （　　）その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 相談対象者 | ○で囲んでください  　　　　幼児児童生徒　　　教職員　　　保護者　　その他（　　　　　　　　） |
| 相談概要 | ＊幼児・児童生徒の名前は、記述しないでください |
| 派遣日時  ＊電話連絡で打ち合わせ後に記入してください | (初回) 令和　　　年　　　月　　　日（　　）　　　：　　　　～　　　： |
| 令和　　　年　　　月　　　日（　　）　　　：　　　　～　　　： |
| 令和　　　年　　　月　　　日（　　）　　　：　　　　～　　　： |
| 特記事項 |  |

**相談申請書**

* 送付はＦＡＸで構いません。　　ＦＡＸ：０９５６－８２－２４８８　　教頭宛