〈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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　－　　　　－  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  （　　）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。  （　　）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を地域支援部アドレスまでメールに添付して送信してください。

※個々の児童生徒の教育相談の場合：様式１と２にパスワードをかけてメール添付で送信してください。