

長崎県立ろう学校長 様
(佐世保分教室)

学校(園)名 _____

校長(園長)名 _____

教育支援依頼書

下記により教育支援を依頼します。

対象 幼児児童生徒	ふりがな 氏名		学年		通常・難聴・言語・その他 学級				
	聴力 補装具	右: _____ dB 補聴器・人工内耳・なし	左: _____ dB 補聴器・人工内耳・なし	装用時: _____ dB 補聴援助システム(ロジャー®)の使用 (有・無)					
	聴覚障害以外の障害:								
担当者	所属先住所 〒			TEL					
				連絡が付きやすい時間帯					
	担当者氏名 _____ 担任・Co・管理職・その他 ()			E-mail					
支援等項目 (○をつける)	<input type="checkbox"/> 聴力測定や聞こえ、発音、言語に関する検査より実態を把握する <input type="checkbox"/> 聞こえにくい子供の実態に応じた支援について相談に応じる <input type="checkbox"/> 授業や学校・園生活の様子を観察し、担任や保護者等の相談に応じる <input type="checkbox"/> 支援のための施設設備や教材について相談に応じる <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"/> 校内支援体制作りの助言を行う <input type="checkbox"/> その他 ()								
具体的な相談・ 支援等概要									
支援対象者	幼児児童生徒・保護者・教職員〔担任・コーディネーター・管理職・その他()〕								
支援希望日時 (原則16:00~ 1時間程度)	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
支援方法の希望	場所: ろう学校佐世保分教室で実施 ・ 在籍校で実施 ・ リモートで実施								
特記事項									

本校 TEL:(0957)55-5406/メール:kou-se@news.ed.jp

分教室 TEL:(0956)46-0881/メール:saseborou-b@news.ed.jp

※支援希望の2週間前までに、暗号化したものをメールにて送信、もしくは親展扱いで郵送してください。