

長崎県立虹の原特別支援学校校長 様

学校（園）名 _____

校長（園長）名 _____ 印

特別支援教育相談依頼書

下記により教育相談を依頼します。

記

担当者氏名等	住 所
	TEL FAX
	担当者（職名） (氏名)
相談項目	相談項目に○を付ける <input type="checkbox"/> 発達障害のある幼児児童生徒への対応 <input type="checkbox"/> 学習や行動上特別の配慮が必要、及び指導上気になる幼児児童生徒への対応 <input type="checkbox"/> 視覚障害、聴覚障害、知的障害、肢体不自由、病弱、情緒障害、言語障害のある幼児児童生徒への対応 <input type="checkbox"/> その他 ()
支援等項目	支援等項目に○を付ける <input type="checkbox"/> 授業や学校・園（所）生活の様子を観察して担任や保護者等の相談に応じる <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"/> 校内支援体制作りや授業等の助言を行う <input type="checkbox"/> その他 ()
相談・支援等概要	相談・支援等の概要を記入してください
相談対象者	○で囲む 教職員・保護者・幼児児童生徒・その他 ()
相談日時	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
相談場所	希望する場所を○で囲む 特別支援学校 依頼校・園（所）(場所:)
特記事項	

※下記にお申し込みください

[小中学部] 虹の原特別支援学校壱岐分校小中学部（盈科小学校内）

TEL:0920-47-0159

FAX:0920-47-0162

[高等部] 虹の原特別支援学校壱岐分校高等部（壱岐高等学校内）

TEL:0920-48-0811

FAX:0920-48-0812



<別紙様式>

記載者名(職名) _____

教育相談資料

氏名		生年月日	年 月 日 () 歳					
学級								
個別の教育支援計画の作成				有 無				
主 訴	学習面							
	生活面							
	対人関係面							
	行動情緒面							
校内での取組	校内委員会	実施日	参加者		協議内容			
	校内での支援							
支援の結果								
相談歴		教育センター相談歴(訪問支援・巡回教育相談・来所相談)				虹の原特別支援学校吉岐分校 相談歴		
		実施日	担当者	形態	内容	実施日	担当者	内容
	①							
	②							
	③							