○○小中○○第　　号

年　　月　　日

　福井県立嶺南西特別支援学校長　様

 立 　学校(園・所)

 校(園・所)長 　 印

特別支援教育相談員の派遣について（依頼）

　このことについて下記のとおり巡回相談を希望しますので，貴所属の担当者の派遣を

お願い致します。

記

　１　日　時　　　　　年　　　月　　　日　（　　）　　　　○：○○～○：○○

 ２　場　所

 ３　相談内容

　４　対象児

　　　(生徒)

　担当：（所属先）

　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（FAXやメールアドレスなど）

＊対象児・生徒の授業等の参観を行う際には、原則として保護者の了解を得ていただく

ようお願い致します。

○○小中○○第　　号

記入例

年　　月　　日

　福井県立嶺南西特別支援学校長　様

 立 　学校(園・所)

 校(園・所)長 　 印

特別支援教育相談員の派遣について（依頼）

　このことについて下記のとおり巡回相談を希望しますので，貴所属の担当者の派遣を

お願い致します。

記

　１　日　時　　　　　年　　　月　　　日　（　　）　　　　○：○○～○：○○

※年間を通じて相談する場合は、その旨をお書きください。

　　　　　　　　　　例：○年度○月～○月まで、年間２回程度(学期に１回程度)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※回数の目安をお書きください。

 ２　場　所　　　　　○○○学校(園・所)　　○○学級(組)

 ３　相談内容　　　　※概要について簡潔にお書きください。

　４　対象児　　　　　○年生(歳児)　　男(女)

　　　(生徒)　　　　※名前は書かなくて結構です。複数名の場合は連記してください。

　　　　　　　　　　※特に対象児を(生徒)が特定されないような場合(例えば、

支援体制などの相談)には、記載の必要はありません。

　担当：（所属先）

　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（FAXやメールアドレスなど）

＊対象児・生徒の授業等の参観を行う際には、原則として保護者の了解を得ていただく

ようお願い致します。