令和　　年　　月　　日

富山県立高岡聴覚総合支援学校

　校　長　　棚　田　智　秋　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○立○○○○学校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校　長　　○　○　○　○

訪問相談について（依頼）

　下記のとおり特別支援教育に関する関係教諭の派遣を依頼します。

記

１　日　　時　　令和　　年　　月　　日（　　）　　　時　　　分　～　　時　　　分

２　場　　所　　（　　　　　　　　　　　　　）園・学校

３　対象幼児児童生徒　　　　　歳　　　年　　（男・女）

４　依頼内容　　（例）

聴覚障害についての研修や助言

合理的配慮に関する研修や助言

学習面、生活面、行動面における支援についての検討　　　等

５　日　　程　　　○：○○～○：○○　　授業参観　　年　組　教科（　　　　）

　　　　　　　　　○：○○～○：○○　　授業参観　　年　組　教科（　　　　）

　　　　　　　　　○：○○～○：○○　　支援会議または担任との懇談など

６　参加者　　支援会議の参加者など

７　担 当 者　　職　○○　　　氏名　○○　○○

　　　　　　　　連絡先　ＴＥＬ