

別紙様式

平成30年度 特別支援教育巡回相談員派遣希望調査

下北教育事務所 教育課長 あて	
TEL	0175-22-8581 (内線300)
FAX	0175-23-8609

学 校 名	立 学校
記入者 職・氏名	

相談者氏名 (学級担任等)		対象の学級 (該当する方に○印を)	特別支援学級担当経験年数
		特別支援学級・通常の学級	年
対象児童生徒の障害等 (該当する箇所に○印)		() 学年 男 ・ 女	
		1 視覚障害 2 聴覚障害 3 肢体不自由 4 病弱・身体虚弱 5 言語障害 6 自閉症・情緒障害 7 知的障害 8 発達障害の疑い 9 その他 ()	
希望日時	第1回	第1希望	月 日 () 時 分 ~ 時 分
		第2希望	月 日 () 時 分 ~ 時 分
	第2回	第1希望	月 日 () 時 分 ~ 時 分
		第2希望	月 日 () 時 分 ~ 時 分
指導を受けたい内容	第1回		
	第2回		
その他			

※校内支援体制の概要及び対象児童生徒の具体的な状況等については、派遣決定後、相談員に、後日別途資料を送付すること

※派遣要請に関わる要望等や希望する相談員の校種がある場合は、「その他」に記入すること

平成30年4月20日(金)までファックスにて送信願います。