文書番号

平成　　年　　月　　日

　下北教育事務所長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　　　 　学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校長氏名　　　　　　　印

巡回相談員の派遣要請書

　このことについて、下記のとおり要請します。

記

　１　日　　　　　時　　平成　　年　　月　　日（　）

　２　対象児童生徒　 （1） 特別支援学級 ・ 通常の学級（　　年） 　男　・　女

 （○で囲む） （2） 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〔　　　　　〕

　３　日　　　　　程 （1）　　　：　　～　　：

　　　　　　　　　　　 （2）　　　：　　～　　：

　 　 　　　　 （3） 　　：　　～　　：

　　　　　　　　　　　 （4）　　　：　　～　　：

　４　指導員等所属校

 職・氏名

 ５　指　 導　 を　　 （1）

　　　受けたい内容 　 （2）

 　 　　　　　　 　 （3）