令和　　年　　月　　日

県立都城さくら聴覚支援学校長　殿

　　　　　　　　　学校長　　印

巡回相談申込書

下記のとおり、貴校職員の派遣をお願いいたします。

記

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

２　場　所　　　　　　　　　　　　　　学校

３　派遣要請職員名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　教諭

４　対象児童生徒名　　　　　年　　　組

５　日程及び内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日程 | 内容 | 授業者・出会者名等 |
| ：　　　～　　　： |  |  |
| ：　　　～　　　： |  |  |
| ：　　　～　　　： |  |  |

　　　※　内容例

　　・　行動観察（授業参観）による実態把握

　　・　諸検査（発達検査・聴力測定など）の実地

　　　　　・　ケース検討会や校内委員会への参加（支援体制づくりや支援の方法等）

　　　　　・　職員研修の協力

　　・　理解推進啓発授業の協力

　　　　　・　資料や教材等の提供

　　　　　・　保護者を交えた支援会議

　　　　　・　家族・家庭生活に関する相談

　　　　　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　）

担当者名

連絡先