令和 　年　 月 　日

県立みなみのかぜ支援学校長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ○○立　○○○　 学校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校長　○○ 　 ○○

職員派遣について（巡回支援依頼）

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

３ 対象者

４　派遣職員

５　主な相談内容（該当する相談内容にチェック・・・複数可）

　　□観察による実態把握

　　□検査等の実施（保護者の同意が必要です）

　　□ケース検討会への参加

　　□職員研修の協力

　　□資料や教材等の提供

　　□保護者を交えた支援会議、保護者面談

　　□家族・家庭生活に関する相談

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【連絡先】

住　所：

電　話：

ＦＡＸ：

担　当：