（別紙様式２）

特別支援教育専門相談員　訪問依頼シート

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　園・学校名

（電話番号　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 記　入　日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 記入者　職：氏名 | 　　： |
| 担当専門相談員 |  |

特別支援教育専門相談員の訪問にあたり、以下のことについて事前にお知らせください。相談を希望する日の１０日前までに、電子メールで西部教育事務所担当指導主事までご提出ください。

　　　　 　　　　担当指導主事　大島惠依子（ooshima-k05@pref.gunma.lg.jp）

１．訪問希望日　　　第１希望　　令和　　年　　月　　日（　）　　　　　～

　　　　　　　　　　第２希望　　令和　　年　　月　　日（　）　　　　　～

　　　　　　　　　　第３希望　　令和　　年　　月　　日（　）　　　　　～

２．対象の子どもについて

対象の子ども一人一人について、相談内容やご要望等を簡潔にお書きください。個人が特定される情報は記入しないでください。枠が足りない場合は、付け足してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象 | 学年 | 性別 | 相談内容・要望　等 |
| Ａ |  |  |  |
| Ｂ |  |  |  |
| Ｃ |  |  |  |
| Ｄ |  |  |  |
| Ｅ |  |  |  |

３．日　程

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 校　時 | 時　間 | 対　象 | 内　　容 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| 給食・昼休み |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| 放課後 |  |  |  |

４．通信欄

|  |
| --- |
|  |