

平成 年 月 日

長崎県立諫早特別支援学校長
峯 信幸 様

学校(園)長名 _____

教育相談等依頼書

派遣先	学校名 住所	TEL FAX
	担当者（職名）	（氏名）
相談項目	相談項目に○をつける。 （ ） LD・ADHD・高機能自閉症等の発達障害のある幼児児童生徒への対応 （ ） 学習や行動上特別な配慮が必要な幼児児童生徒への対応 （ ） 学習や行動上大きな問題は見られないが、指導上気になる幼児児童生徒への対応 （ ） 通常学級等に在籍する視覚障害、聴覚障害、知的障害、肢体不自由、病弱、情緒障害、言語障害等のある児童生徒への対応 （ ） その他	
支援項目	支援項目に○をつける。 （ ） 園・学校での生活や授業の様子を観察し、担任や保護者の相談に応じる。 （ ） スクリーニングテストや個別の発達検査等による実態把握を行う。 （ ） 職員や保護者に対して理解啓発のための講演や研修を行う。 （ ） 校内支援体制作りや研究授業の助言を行う。 （ ） その他	
相談概要	※上記の相談・支援の概要を記入してください。	
相談対象者	○で囲む 教職員・保護者・幼児児童生徒・その他（ ）	
派遣日時	平成 年 月 日 時 分 ～ 時 分	
特記事項		