

(様式1-PC入力用)

平成 年 月 日

_____ アイテムを選択してください。 _____ 様

長崎市教育研究所長 様 (写)
(担当 坂口)

学校(園)名 長崎市立 _____ 学校

学校(園)長名 _____ 印

巡回相談派遣申請書

次により巡回相談を依頼します。

| | | |
|-----------|---|---------|
| 申請校名 | 長崎市立 | 小学校・中学校 |
| 実施日 | 平成 年 月 日 () : ~ : (最長3時間) | |
| 実施場所 | 該当枠に <input checked="" type="checkbox"/> を入れる <input checked="" type="checkbox"/> 申請校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 対象者 | 該当枠に <input checked="" type="checkbox"/> を入れる(複数可) <input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 保護者 <input checked="" type="checkbox"/> 幼児児童生徒 <input type="checkbox"/> その他 | |
| 支援希望項目 | 該当枠に <input checked="" type="checkbox"/> を入れる(複数可) <input type="checkbox"/> 相談(支援方法等) <input type="checkbox"/> 観察(対象児・生徒) <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 研修・講演 <input type="checkbox"/> 助言(研究授業など) <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 内容(概要) | 【件名】 _____ について 【相談概要】 | |
| 担当者 | 特別支援教育 コーディネーター | 氏名 : |
| | 幼児児童生徒担任 | 氏名 : |
| 連絡先 | 住所 : 長崎市 TEL : _____ FAX : _____ | |
| 相談員との事前連絡 | (アイテムを選択してください。)との連絡・了承済み。 | |

(様式1-手書き用)

平成 年 月 日

様

長崎市教育研究所長 様 (写)
(担当 坂口)

学校(園)名 長崎市立 学校

学校(園)長名 印

巡回相談派遣申請書

次により巡回相談を依頼します。

| | | |
|-----------|--|---------|
| 申請校名 | 長崎市立 | 小学校・中学校 |
| 実施日 | 平成 年 月 日 () : ~ : (最長3時間) | |
| 実施場所 | 該当枠に <input checked="" type="checkbox"/> を入れる <input type="checkbox"/> 申請校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 対象者 | 該当枠に <input checked="" type="checkbox"/> を入れる(複数可) <input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 幼児児童生徒 <input type="checkbox"/> その他 | |
| 支援希望項目 | 該当枠に <input checked="" type="checkbox"/> を入れる(複数可) <input type="checkbox"/> 相談(支援方法等) <input checked="" type="checkbox"/> 観察(対象児・生徒) <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 研修・講演 <input type="checkbox"/> 助言(研究授業等へ) <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 内容(概要) | 【件名】 _____ について 【相談概要】 | |
| 担当者 | 特別支援教育 コーディネーター | 氏名: |
| | 幼児児童生徒担任 | 氏名: |
| 連絡先 | 住所:長崎市 TEL : FAX : | |
| 相談員との事前連絡 | ()との連絡・了承済み。 | |

(様式1-PC入力記入例)

アイテムを選択してください。
長崎市教育研究所長 様 (写)
(担当 坂口)

派遣講師・特別支援学校名を選択してください。1度クリックするとコンテンツロールが出てきます。

平成28年3月7日

長崎市立研究中学校

学校(園)長名 研究 太郎 印

巡回相談派遣申請書

次により巡回相談を依頼します。

校印をお忘れなく!

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 申請校名 | 長崎市立 研究 小学校・ <u>中学校</u> | |
| 実施日 | 平成28年4月15日(金) 13:00 ~ 15:00 (最長3時間) | |
| 実施場所 | 該当枠に <input checked="" type="checkbox"/> を入れる <input checked="" type="checkbox"/> 申請校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 | |
| 対象者 | 該当枠に <input checked="" type="checkbox"/> を入れる(複数可) <input checked="" type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 保護者 <input checked="" type="checkbox"/> 幼児児童生徒 <input type="checkbox"/> その他 | |
| 支援希望項目 | 該当枠に <input checked="" type="checkbox"/> を入れる(複数可) <input checked="" type="checkbox"/> 相談(支援方法等) <input checked="" type="checkbox"/> 観察(対象児・生徒) <input checked="" type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 研修・講演 <input checked="" type="checkbox"/> 助言(研究授業等へ) <input type="checkbox"/> その他() | |
| 内容(概要) | <p>特別支援教育コーディネーターの皆様へ</p> <p>①実施内容(検査名、研修内容など)について概要をお書きください。 ②<u>幼児児童生徒の氏名が入らないよう、注意してください。</u> ③1度の実施につき1枚の申請書の提出をお願いします。実施回数の把握や会計記録などに使用しますので、まとめて複数回分記載でなく、1回分につき1枚の申請書の提出にご協力をお願いいたします。 例) H28.4.1とH28.4.3に実施する分は別々に記載し、申請書を2枚提出。 →報告書も2枚提出してください。 H28.4.1 AM9:00~担任A、AM10:00~担任Bなどの場合は1枚にまとめて結構です。 ただし、午前と午後にまたがる場合等は申請書、報告書ともに1枚ずつ提出をお願いします。</p> | |
| 担当者 | 特別支援教育コーディネーター | 氏名: 研究 花子 |
| | 幼児児童生徒担任 | 氏名: _____ |
| 連絡先 | 住所: 長崎市魚の町5-1 TEL: 095-825-2932 FAX: 095-823-6368 | |
| 相談員との事前連絡 | (岩永 竜一郎先生) との連絡・了承済み。 | |

実施日に変更が生じた場合、速やかに研究所までご連絡ください。

派遣講師・特別支援学校名を選択してください。1度クリックすると、コンテンツロールが出てきます。