平成 年 月 日

長崎県立

学校長 様

学校（園）名 _____

校長（園長）名 _____ 印

特別支援教育相談依頼書

下記により教育相談を依頼します。

記

担当者氏名等	住 所	TEL	FAX
	担当者（職名）	（氏名）	
相 談 項 目	相談項目に○をつける （ ） 発達障害のある幼児児童生徒への対応 （ ） 学習や行動上特別の配慮が必要、及び指導上気になる幼児児童生徒への対応 （ ） 視覚障害、聴覚障害、知的障害、肢体不自由、病弱、情緒障害、言語障害のある幼児児童生徒への対応 （ ） その他 （ ）		
支 援 等 項 目	支援等項目に○をつける （ ） 授業や学校・園生活の様子を観察して担任や保護者等の相談に応じる （ ） スクリーニングテストや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授業等の助言を行う （ ） その他 （ ）		
相談・支援等概要	相談・支援等の概要を記入してください		
相 談 対 象 者	○でかこむ 教職員・保護者・幼児児童生徒・その他（ ）		
相 談 希 望 日 時	第1希望 平成 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分 第2希望 平成 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分 第3希望 平成 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分		
相 談 場 所	希望する場所を○でかこむ 特別支援学校 依頼校・園（場所： ）		
特 記 事 項			

※最寄りの学校にお申し込みください

TEL/FAX 番号 市外局番はいずれも 0957

ろう学校 52-2444/52-3453 大村特別支援学校 52-6312/53-4302 虹の原特別支援学校 55-5157/55-5023