

平成 年 月 日

長崎県立桜が丘特別支援学校長 様

機関長名

(公印省略)

相 談 申 請 書

派遣先	機関名	TEL	—	—					
	所在地	FAX	—	—					
	担当者 (職名)	(氏名)							
相談項目	相談項目に○をつける <input type="checkbox"/> LD、ADHD等の発達障害のある児童生徒への対応 <input type="checkbox"/> 学習や行動上特別な配慮が必要な幼児や児童生徒への対応 <input type="checkbox"/> 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や児童生徒への対応 <input type="checkbox"/> 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、言語障害等のある幼児、児童生徒への対応 <input type="checkbox"/> 特別支援学級に在籍する児童生徒の指導等について <input type="checkbox"/> その他[ ]								
支援項目	支援項目 支援項目に○をつける <input type="checkbox"/> 授業や学校(園)生活の様子等を観察して担任や保護者等の相談に応じる。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 校内支援体制作りや研究授業等の助言を行う。 <input type="checkbox"/> その他[ ]								
相談等概要	※上記の相談・支援の概要をお書きください。								
相談対象者	<input type="checkbox"/> で囲む      ・教職員      ・保護者      ・児童生徒      ・その他( )								
派遣希望日時	第1希望	平成	年	月	日	( )	:	～	:
	第2希望	平成	年	月	日	( )	:	～	:
	第3希望	平成	年	月	日	( )	:	～	:
特記事項									