

長崎県立ろう学校（佐世保分校）校長 様

機関長名

(公印省略)

相 談 依 頼 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"/> 通常学級に在籍する聴覚障害及び言語障害の幼児児童生徒への指導等について <input type="checkbox"/> 特別支援学級に在籍する聴覚障害及び言語障害の幼児児童生徒への指導等について <input type="checkbox"/> その他〔 〕							
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"/> 聞こえや発音に関する実態把握を行う。 <input type="checkbox"/> 職員や保護者、児童生徒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〔 〕							
※ 上記の相談・支援の概要をお書きください。								
相談対象者	○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								

※継続して御相談の方は、こちらを御利用ください。