

〈様式1〉

令和 年 月 日

長崎県立佐世保特別支援学校長 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 ()LD、ADHD等の発達障害のある児童生徒への対応 ()学習や行動上特別な配慮が必要な幼児や児童生徒への対応 ()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や児童生徒への対応 ()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、言語障害等のある幼児、児童生徒への対応 ()特別支援学級に在籍する児童生徒の指導等について ()個別の教育支援計画、個別の指導計画(自立活動含)作成についての対応 ()その他[]			
支援項目	支援項目に○をつける ()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。 ()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等の助言を行う。 ()個別の教育支援計画、個別の指導計画(自立活動含)の作成について助言を行う。 ()その他[]			
相談等概要	※個々の児童・生徒の教育相談の場合は、〈様式2〉のプロフィール票へご記入ください。			
相談対象者	○で囲む ・教職員・保育士 ・保護者 ・児童生徒 ・その他()			
派遣希望日時	第1希望	令和	年	月 日() : ~ :
	第2希望	令和	年	月 日() : ~ :
	第3希望	令和	年	月 日() : ~ :
特記事項				

※講演や研修の講師依頼の場合:様式1をFAXしてください

※個々の児童生徒の教育相談の場合:様式1と2を郵送または持参してください

※相談後、校内委員会の実施、1か月を目途に、相談経過報告書の提出をお願いします。また、1か月後を目途に、経過確認の連絡をいたします。