

特別支援教育巡回相談（依頼・実施予定日時報告）書

依頼元機関名	〇〇市立△△小学校	依頼元電話番号	029-〇〇〇-□□□□
依頼元担当者	職名（教諭・コーディネーター） 氏名（ 太田 特子 ）		
相談依頼先の特別支援学校	県立常陸太田特別支援学校		
依頼内容	① 助言 ・ ② 研修会等の講師 ・ ③ 就学・進学・就労支援・情報提供等		
相談方法	① 来校相談 ・ ② 出向き相談		
依頼内容の詳細	3年A男子（自閉症スペクトラム 服薬あり 〇〇病院通院中） 来年度、特別支援学校への転校を考えているため、授業体験をお願いしたい。 （来校者）両親、本人 （在籍学級）知的特別支援学級 （手帳等）療育手帳C		
依頼内容に関するこれまでの取組	〇月△日、貴校にて学校見学・教育相談を行った。		
相談希望日時	令和〇年9月22日（金）、9月25日（月）、9月29日（金）		

児童の個人名は記載しません。

授業体験の場合は、来校者や在籍学級手帳の有無をご記入ください。

市町村教育委員会担当者名

ご希望の日にちを第3希望までご記入ください。申込月の翌月からの日にちをご記入ください。

※下欄は市町村教育委員会管下の依頼元の学校等が
るために使用する。（市町村教育委員会は、専門ご希望の日にちに添えないこともございます。後日、
担当がお電話で日程調整やご希望の授業などの詳細を
確認させていただきます。

日時		場所	氏名
年 月 日	: ~ :		
(専門家の派遣がある場合のみ) 専門家所属・職・氏名		所属・職名 () 氏名 ()	

※幼児児童生徒の個人名は記載しない等、個人情報に留意しながら記載する。

<本用紙提出先>

市町村教育委員会管下の幼稚園・学校等→市町村教育委員会

市町村教育委員会管下以外の幼児教育施設・学校・高等学校等の場合→直接本校へ