

参考

【様式1】

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	児童の個人名は記載しません。	
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、学校見学と教育相談をお願いしたい。 (来校者) 母親、本人 (在籍学級) 知的特別支援学級 (手帳等) 療育手帳C (検査結果等) WISC-IV FSIQ54 VCI66 PRI62 WMI57 PSI64 (令和2.4.11)		
依頼内容に関するこれまでの取組	・小学校入学時、知的障害特別支援学校適の判定が出ていたが、主治医の勧めにより、本校に入学した。 ・徐々に学習や集団生活面において困難さや課題が目立ってきており、保護者も特別支援学校への転校を希望するようになった。		
初回相談希望日時	令和〇年9月22日（月）、24日（水）、30日（木）		

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特別支援学校用する。（市町村教育委員会は、専門家の派遣がある場合のみ）			
相談			
日時	初回学校見学・教育相談は、9:30~10:30で行います。それ以外の時間をご希望の場合は、その旨ご記入ください。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させていただきます。		
日時			
日時			
(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