○○○第○○○号

 　 　　○年○月○日

　福井県立ろう学校長　様

○○○○○学校(園・所)

校(園・所)長　○○○○

　特別支援教育コーディネーターの派遣について（依頼）

　このことについて下記のとおり訪問相談を依頼しますので、貴所属の担当者の派遣をお願いいたします。

記

１　日　　　時　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　） ○：○○～○：○○

２　場　　　所　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　）園・学校　（　　　　　　）教室

３　対象幼児児童生徒　　　　　歳　　　年　　（男・女）

※名前は書かなくて結構です。複数名の場合は、連記してください。

４　日　　　程　　　（例）　○：○○～○：○○　　授業参観　　年　組　教科（　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　○：○○～○：○○　　授業参観　　年　組　教科（　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　○：○○～○：○○　　支援会議または担任との懇談など

　　　　　　　　　　　※難聴理解授業・教職員研修・移行支援会議等の派遣依頼にも対応しております。

５　備　　　考　　　　※支援会議の参加者など決定していることや必要なことがあればご記入ください。

【留意点】

・対象幼児児童生徒の授業等の観察を行う際には、原則として保護者の了解を得ていただくようお願いいたします。

・福祉の理解授業、支援体制の相談など対象幼児児童生徒がいない場合は、“３”の記載は不要です。

＜担当＞

（　　　　　）園・学校

(例)特別支援教育コーディネーター

氏名（　　　　　　　　　　　　）

TEL（　　　　）－（　　）－（　　　　）

FAX（　　　　）－（　　）－（　　　　）