

長崎大学教育学部
附属特別支援学校長 様

学校名

所属長名

印

特別支援教育相談等依頼書

下記により教育相談を依頼します。

記

連絡先	住所 電話番号() FAX()
特別支援教育 コーディネーター	(職名) (氏名)
担任	(氏名)
相談項目 ※○をつけてください。	() 視覚障害、聴覚障害、知的障害、肢体不自由、病弱、情緒障害、言語障害のある幼児 児童生徒への対応 () 重度重複のある幼児児童生徒への対応 () LD や ADHD 等の軽度発達障害のある幼児児童生徒への対応 () 学習や行動上特別な配慮が必要な幼児児童生徒への対応 () 学習や行動上大きな問題はないが、指導上気になる幼児児童生徒への対応 () その他 ※ <u>具体的にご記入ください。</u> ()
支援項目 ※○をつけてください。	() 授業や学校・園生活の様子を観察して、担任や保護者等の相談に応じる () 個別の発達検査等による実態把握を行う () 教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 () 校内支援体制づくりや研究授業等の助言を行う () その他
相談対象者	※○で囲んでください。 幼児児童生徒 教職員 保護者 その他
相談等概要	※相談内容の概要をご記入ください。
相談希望日	※日程は、調整して折り返しご連絡いたします 第一希望: 月 日 時 分～ 時 分 第二希望: 月 日 時 分～ 時 分 第三希望: 月 日 時 分～ 時 分
相談場所	※○で囲んでください。 ・附属特別支援学校で ・所属校園で ・その他の場所で()