記号第\*\*\*号

【様式1】

令和\*年\*月\*\*日

日立市立日立特別支援学校長　殿

（県市町村）立（相談依頼元学校等名）長

（　公　印　省　略　）

特別支援教育巡回相談に係る職員の派遣について（依頼）

　このことについて，校（園・所）内における特別支援教育の充実のため，下記のとおり特別支援教育巡回相談を依頼いたします。

記

１　日　時

令和＊年\*\*月\*\*日（＊）００時００分から００時００分

２　相談内容

　　＜記入例１＞

対象児　：５年Ａ

　　　相談内容：落ち着きがなく、集中力がない子への支援について

　＜記入例２＞

　　　・校内研修会講師

　　　・テーマ「自立活動について」

３　派遣者氏名

（派遣される巡回相談員氏名）

＜問い合わせ先＞

日立市立日立特別支援学校

担　当：菊間みゆき、三浦悦利子

電　話：０２９４（３６）０５３０

ＦＡＸ：０２９４（３６）０５５７

E-mail：700101@sch.ibk.ed.jp