第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

大分県立日出支援学校

校　長　川野　克浩　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市立△△学校（園）長

特別支援学校のセンター的機能に係る巡回相談員派遣申請書

　上記のことについて、下記のとおり巡回相談員を派遣くださいますようご依頼申し上げます

記

１　派遣希望日時

　　令和○○年○○月○○日　　△△：△△　～　□□：□□

２　巡回相談対象幼児児童生徒

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 学年 | 性別 | 学級の在籍状況（通常の学級、特別支援学級、通級による指導） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

３　特別支援教育コーディネーター（担当者）氏名

巡回相談員の派遣を依頼する　保育所、こども園、幼稚園・小学校・中学校・高等学校の特別支援教育コーディネーターの先生の氏名をご記入ください。（記入後、この吹き出しは消してください。）