令和 年　 月　 日

石川県立いしかわ特別支援学校長　様

 　　　　 　　　　　　　　　　　　　長

令和６年度　専門相談員派遣依頼書

　下記のとおり、専門相談員の派遣を依頼します。

記

１　日　時 　　年　　月　　日( )　　：　　～　　：

２　所在地等　 〒

学校所在地

電話番号

　 ３　内容等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 区 分 | 新規　・　継続 |
|  | 幼児児童生徒の学年等 | （　　　）歳児　　（ ）学年 | 性別 |  |
| 　　在籍学級等　　　　 （該当に○をつける） | ・通常の学級　　　　・知的障害特別支援学級・通級指導（ 有・無 ） ・自閉症・情緒障害特別支援学級・肢体不自由特別支援学級・病弱・虚弱特別支援学級 |
| 担任氏名 |  |
| コーディネーター氏名 |  |
| 主訴これまで行った支援相談内容 |

※幼児児童生徒の氏名は記入しないでください。

※対象児が複数の場合は相談内容欄に「別紙のとおり」と記入し、別紙を添付してください。

※発達検査を実施する場合は相談員の所属長の承認が必要です。