令和　　年　月　日

石川県立盲学校

校長　　江川　周一　様

学校(所)名

学校（所）長氏名　　　　　　　　　　　印

令和元年度　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 令和　　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（該当に〇をつける） | 通常の学級　　　特別支援学級通級指導教室　　有　・　無 |
| 担任氏名 |  |
| コーディネーター氏名 |  |
| 相談内容 |

※幼児児童生徒の氏名は記入しないでください。