令和元年○○月○○日

石川県立七尾特別支援学校長　様

印

○○市立○○小学校長

△△保育所長・園長

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　　　　令和元年○○月○○日（○）○○：○○～○○：○○

２　所在地等　　　　　　　　　　　〒○○○-○○○

年度内の同じケースについては**「継続」**

　　　　　　　　　学校所在地　　○○市（町）○○番地

　　　　　　　　　電話番号　　○○○○―○○―○○○○

小・中学校

県立高等学校

保育園（所）

こども園

幼稚園

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 | 男・女 |
| 在籍学級等（該当に○をつける） | 通常学級　　　　　　　　　　　特別支援学級通級指導　有・無　　　　 |
| 担 任 氏 名 | 担任氏名 |
| コーディネーター氏名 | 　　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。※相談内容はこれまで行ってきた支援も含めて簡潔に記入し、詳しい内容や個人情報は**「事前シート」**に記入してください。例・イラストで約束を示すことで守ることができる時もあるが、ゲームなどのルールが理解できず、集団で活動することが難しい。実態把握の仕方や支援について教えていただきたい。・座席の場所の配慮や個別の声掛けで授業中の立ち歩きは減少した。しかし、授業により頻度に差がある。集団の中で学習していくための支援を教えていただきたい。・事例検討会：授業参観後、行動の読み取りやニーズに応じた支援について話し合いたい。・校内研修会：「合理的配慮について」の講師をお願いしたい。 |

※依頼書・個人シート・検査等実施依頼申請書を7日前までに「相談員あて」に郵送してください。（FAX不可）

※発達検査を実施する場合は、検査実施7日前までに相談員の所属長の承認が必要です。

※確認　□個人シート（新規用・継続用）

　□発達検査の依頼：個人シート（発達検査）・発達検査実施依頼書（保護者の署名・捺印）

□公立小・中学校：依頼書（写し）を市町教育委員会に提出