令和元年　　月　　日

石川県立七尾特別支援学校長　様

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　　　令和元年　　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） | 通常学級　　　　　　　　　　　　　特別支援学級通級指導　有・無　　　　 |
| 担 任 氏 名 |  |
| コーディネーター氏名 |  |
| 相談内容 |

※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