

巡回相談実施申請書

巡回相談実施希望期日	年 月 日 ()
// 時間	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分
巡回相談担当者所属	
// 担当者氏名	特別支援学校の担当者名をお書きください。
巡回相談内容	<p>① 授業場面での観察 2校時：1年生2名 3校時：3年生3名</p> <p>② 対象となる児童生徒の指導内容・方法に関する助言</p> <p>③ 校内における支援体制作りへの助言</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"><p>巡回希望で書かれた相談内容等の概要を簡潔にお書きください。 ①授業場面の観察については、児童生徒の実態や課題等について記入いただいてもかまいません。</p></div>
<p>上記のとおり、巡回相談員の派遣につきまして、よろしくお願ひします。</p> <p>年 月 日</p> <p>〇〇市町村教育委員会教育長 殿</p> <p style="text-align: right;">立 学校(園)長 ○ ○ ○ ○</p>	
教育委員会教育長の承認	〇〇市町村教育委員会教育長 ○ ○ ○ ○
承認	<p>上記のとおり、巡回相談員の派遣について承認します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">鹿児島県立〇〇特別支援学校長 ○ ○ ○ ○</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"><p>加治木特別支援学校長 奥村 さゆり</p></div>