

(別紙様式5)

## 巡回相談実施申請書

巡回相談実施希望期日	第1希望： 年 月 日 ( )	事前に本校あて 電話をお願いします。
	第2希望： 年 月 日 ( )	
	第3希望： 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 対象A：指示をすぐに忘れてしまい，何度も質問する。 対象B：集団行動が難しく，友達との関係作りに課題がある。 対象C：こだわりや衝動性があり，学習に集中することが難しい。</p> <p>② 対象となる生徒の指導内容・方法に関する助言 ③ 校内における支援体制作りへの助言</p> <p>相談内容等の概要を簡潔にお書きください。</p>	
上記のとおり，巡回相談を申請しますので，よろしく申し上げます。		
年 月 日		
〇〇特別支援学校長 殿		
〇〇園長又は〇〇学校長 ○ ○ ○ ○		
承認	上記のとおり，巡回相談員の派遣について承認します。	
	年 月 日	
〇〇特別支援学校長 ○ ○ ○ ○		
加治木特別支援学校長 奥村 さゆり		