特別支援学校センター的機能充実事業

受　付　票

東濃特別支援学校　地域支援センター

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 打ち合わせ期日 | | 令和　　年　　月　　日（　　）　窓口担当者名（　　　　　　　　　） |
| 依頼者（職名・氏名） | |  |
| 所属等 | |  |
| 連絡先  （TEL、FAX、mail） | |  |
| 依頼事項 | | 〔　　　〕　訪問支援（幼･保、小･中学校、高等学校等へ出向いての支援）  〔　　　〕　研修会の講師  〔　　　〕　来校相談（東濃特支へ来校しての相談）  〔　　　〕　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施予定日時 | | 令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　　～　　　： |
| 訪問支援 | 依頼事項の状況等（つまずきや困っている状況) | |
| 対象児童生徒  について | 年　　　人　　　診断名等〔　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 学習面 | ※依頼事項が分かりやすいように、  書式を変更していただいてもかまいません。 |
| 行動面 |  |
| その他 |  |
| 研修会の講師 | 研修会  について  具体的希望 |  |
| その他 |  |  |