

令和 年 月 日

岐阜県立揖斐特別支援学校  
校長 西脇 熱士 様

学校名 (園名)  
校長名 (園長名)

令和6年度特別支援学校センター的機能充実事業  
に係る職員の派遣について (依頼)

標記事業に係る派遣について、下記のとおりご高配願います。

記

日 時	令和○年 ○月 △日 (□) 10時 00分 ~ 12時00分
派遣先	名 称 : ○○町立△△小学校 住 所 : ○○町□□ TEL : (0585) ××-××××
派遣者	○○ △△
派遣を要する 事案	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問支援 (学習に関わること <u>行動に関わること</u> ) <input type="checkbox"/> ケース会議 <input type="checkbox"/> 研修会 (内容 : ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
日程及び 要請内容	10:00~10:15 打ち合せ ・対象児の確認 10:15~11:00 授業参観 ・行動観察 11:00~12:00 懇談 (参加者 : ) ・最近の様子 ・対応について
備考	