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）

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 | ☑　訪問支援（学習に関わること　行動に関わること）* ケース会議
* 研修会（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 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 |  |