　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  |