　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

岐阜県立海津特別支援学校

　　　校長　井上　真典　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名（園名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校長名（園長名）

令和７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（　）　　　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 派遣先 | 名　称：  住　所：  ＴＥＬ： |
| 担当者 |  |
| 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 |  |
| 備考 |  |

※事前に担当者と調整の上、提出してください。

※個人情報に配慮してご記入ください。