○○○第○○○号 令和○年○月○日

福井県立福井特別支援学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　 ○○○○○学校（園・所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校（園・所）長　○○○○

特別支援教育コーディネーターの派遣について（依頼）

　このことについて下記のとおり教育相談を行いますので、貴所属の担当者の派遣をお願いします。

記

１　日　　時 令和○年○月○日（　　）　　○：○○～○：○○

２　場　　所 ○○○○○学校（園・所）　　○○組

３　相談内容

 ※概要について簡潔にお書き下さい。複数名の場合は連記して下さい。

４　対象児　　　○年生（歳児）　男（女）

　　（生徒）　　　※名前は書かなくて結構です。複数名の場合は連記して下さい。

　　　　　　　　　※“４”“５”の項目は、特に対象児（生徒）が特定されないような場合（例えば、支援体制などの相談）には記載の必要はありません。

５　その他 詳細について別紙(申請書・子育てファイルふくいっ子等)参照

　　　　　　　　 ※年間を通じて相談する場合は、その旨をここに記載してください。

|  |
| --- |
| ＜連絡先＞ 担当者　　　　： （特別支援教育コーディネーター氏名または特別支援担当者氏名を記入） 電話／ＦＡＸ ： メールアドレス： |

※対象児・生徒の授業等の観察を行う際には、原則として保護者の了解を得ていただく　　ようお願いします。