平成　　年　　月　　日

徳島県立ひのみね支援学校長　殿

所　属
所属長　　印

特別支援教育巡回相談について（依頼）

次のとおり，巡回相談を申し込みます。

1　相談対象児童生徒について　（年齢・学年，所属学級，人数） 2　相談について（あてはまるところに印をつけてください。複数選択可。） 相談内容 □児童生徒の授業や保育場面の観察，支援方法についての話し合い □個別の指導計画，個別の教育支援計画の作成支援 □発達検査の実施等による実態把握 □校内委員会の計画・運営についての話し合い □関係機関の紹介・連携 □その他（　　）
連絡先（住所，電話番号） コーディネーター氏名

※対象児の実態，指導の状況等，詳細については事前調査表にご記入ください。