みくまの支援学校巡回相談申し込み用紙

No．

※太枠の中を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申し込み日　　　　平成　　年　　月　　日　(　　　) | |
| 申し込み者 | 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者  TEL　(　　　)　　－　　　　　FAX　(　　　)　　－ |
| 相　　談　　内　　容 | □授業見学と子どもの指導・支援に関する話し合い  (通常学級・特別支援学級・その他　　　　　　　　)  □特別支援教育に関する情報提供  □相談機関の情報提供 |
| 相談したい内容を記入してください。 |
| 相談日は毎週金曜日です。翌月以降の都合の悪い金曜日があればお知らせください。(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  相談希望時間をお知らせください。  □午前　　□午後　　□終日 |

**※郵送にてお申込みください。**

みくまの支援学校記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | 受理日 | 平成　　年　　月　　日(　　) | ② | Ｃｏ会議日 | 平成　　年　　月　　日(　　) |
| ③ | 担当者 |  | ④ | 訪問日時 | 平成　　年　　月　　日(　　)  ：　　　～　　　： |
| 備考 | | | | | |