相談申込票

※訪問相談の依頼は、こちらの相談申込票を記載されるメールアドレスにご提出ください。

送信日：令和６年　〇月　〇日

|  |  |
| --- | --- |
| 送　信　先 | 群馬県立前橋高等特別支援学校　校長　生方　典代  担　当：　大原　桜（専門アドバイザー）  ＦＡＸ：　０２７－２５５－１５６０  E-mail： 　[maetoku-snes03@edu-g.gsn.ed.jp](mailto:maetoku-snes03@edu-g.gsn.ed.jp) |

|  |  |
| --- | --- |
| 送　信　元 | 学校（施設名）  校長（施設長）氏名  所在地  電話　　　　　　　　　　ＦＡＸ |
| 送信者  （担当等） | 氏名　　　　　　　　　（　特別支援教育コーディネーター） |
| 右欄①～⑩主な内容を　　　で囲んでください。 | 1. 子どもの理解・支援　 ②　指導方法　　 　 ③　保護者との連携   ④　校内体制の整備　　 ⑤ コーディネーターの業務  ⑥　指導計画等の作成　　⑦ 進路指導　　 ⑧ 諸検査等の実施　　　⑨　言葉の指導　　　　　 ⑩その他（　　） |
| （記入例）  〔相談日時〕  ３月１６日（水）　１５：３０　～　１７：００  〔相談内容〕  就職に向けたケース会議（情報共有）    〔管理職許可〕  本校校長よりアドバイザー派遣依頼について承諾を得ています。 | |