

(きこえの支援相談 在籍園用)

令和 年 月 日

京都府北部聴覚支援センター
(京都府立豊学校舞鶴分校)
センター長 小長谷 ルミ 様

きこえの支援相談 依頼書

園 名

園長名

以下のとおり、幼児へのきこえの支援に係る教育相談を依頼します。

実施日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
対象児名		学年	歳児
園 名		形態	巡 回
相談内容 (番号を記入)	① 保育の参観 ② 幼児への理解学習 (対象) ③ 支援連絡会 ④ 懇談会 (保育士・幼稚園教諭・保護者を含む) ⑤ その他 ()		
内 容 (相談したい内容 や日程等を記入)			
参 加 者	_____ 名		
会 場			

連絡担当者 (役職、担当、名、氏名等)	()
連絡事項	

※当日の詳しい日程、対象児の様子、理解学習の指導計画等の資料があれば、別紙添付してください。