

令和 年 月 日

京都府立舞鶴支援学校長 様

巡回相談申請書

学校等関係機関名

所長・園長・校長氏名

印

校内委員会で検討しましたケースについて、実態把握及び教育対応のための専門的な相談・支援を受けたいので、下記のとおり巡回相談を申し込みます。

記入日	令和 年 月 日 ()		
学校名		電話番号	
記入者氏名		職名	特別支援教育コーディネーター・担任 その他 ()

実施日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
当日の流れ	行動観察・検査・面談等	時間	行動観察・面談の場所
	1	時 分 ~ 時 分	
	2	時 分 ~ 時 分	
	3	時 分 ~ 時 分	

1 相談したい園児・児童生徒について記入してください。

(ふりがな)		学		性		生年月日	平成 年 月 日 歳
名前		年		別			

2 相談したい内容を具体的に記入してください。

【担任】

【保護者】

【校内委員会で話し合われたこと】

- * 必ず、アセスメント票を添付してください。
- * 申請に当たっては、事前に京都府立舞鶴支援学校 トータルサポートセンターと連絡・調整をしていただき、確認された相談実施日時を記入してください。