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)名前 |  | 学年 |  | 性別 |  | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日　　歳 |

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。