

東京都立清瀬特別支援学校長殿

センター的機能を活用した巡回相談利用申込書

東京都立清瀬特別支援学校のセンター的機能を活用した巡回相談を依頼します。

下記の通り派遣をお願いいたします。

派遣依頼校	園・学校名	
	担当者名	電話番号 ()
派遣依頼日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分 から 時 分まで	
派遣希望教員名 (あれば)		
巡回対象	学級・ 年 組 その他 ()	
依頼内容 (○をつけてください)	<input type="checkbox"/>	教室環境・教材教具に関する助言
	<input type="checkbox"/>	支援会議に対するオブザーバー
	<input type="checkbox"/>	教育相談に対する講師派遣 テーマ「 」
	<input type="checkbox"/>	障害理解推進授業 (副籍事業関係等)
	<input type="checkbox"/>	研究授業の視察・助言
	<input type="checkbox"/>	行動観察等の実施 (保護者の了承があるケース)
	<input type="checkbox"/>	行動観察等の実施 (教員の指導方法への助言)
	<input type="checkbox"/>	校内研修会への講師派遣 テーマ「 」
	<input type="checkbox"/>	その他

令和 年 月 日

(園・学校名)

(園長・校長名)

※各校より各市教育委員会へ御提出ください

月 日

市教育委員会確認しました