【様式１】

特別支援教育巡回相談（依頼・実施予定日時報告）書

依頼元機関名		依頼元電話番号	
依頼元担当者	職名（　　）　氏名（　　）		

相談依頼先の特別支援学校	県立　　学校
依頼内容	① 助言 ・ ② 研修会等の講師 ・ ③ 就学･進学･就労支援･情報提供等
相談方法	① 来校相談 ・ ② 出向き相談
依頼内容の詳細	
依頼内容に関するこれまでの取組	
相談希望日時	年　月　日（ ）　：　～　：

市町村教育委員会担当者名	

※下欄は市町村教育委員会管下の依頼元の学校等が特別支援学校との打ち合わせ後相談実施予定を追記し、市町村教育委員会へ報告するために使用する。（市町村教育委員会は、専門家の派遣がある場合のみ、本書をさらに教育事務所へ送付する。）

相談実施予定		
日時	場所	担当巡回相談員（及び専門家）氏名
年　月　日　：　～　：		
（専門家の派遣がある場合のみ） 専門家所属･職･氏名	所属・職名（　　）　氏名（　　）	

※幼児児童生徒の個人名は記載しない等、個人情報に留意しながら記載する。