

【様式2】

記 号 第 \* \* \* 号

〇〇\*年\*\*月\*\*日

(相談依頼先特別支援学校名) 長 殿

(県市町村) 立 (相談依頼元学校等名) 長

( 公 印 省 略 )

特別支援教育巡回相談に係る職員の派遣について（依頼）

このことについて、校（園・所）内における特別支援教育の充実のため、下記のとおり特別支援教育巡回相談を要請しますので、貴校所属特別支援教育巡回相談員を派遣くださいますよう、お願いいたします。

記

1 日 時

〇〇\*年\*\*月\*\*日（\*）\*\*時\*\*分から\*\*時\*\*分

2 相談内容

別紙「特別支援教育巡回相談依頼書」のとおり（※相談依頼書を添付する）

3 派遣者氏名

(派遣される巡回相談員氏名)

<問い合わせ先>

〇〇立〇〇学校

担 当：

電 話：

F A X：

E-mail：