平成　　　年　　　月　　　日

静岡県立沼津視覚特別支援学校長　様

所属長名

相談員の派遣について（依頼）

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。
さて、下記ケースについて、貴校相談員の派遣につきまして、御高配くださいますようお願いいたします。

記

1　相談者
氏名（ふりがな）
生年月日
住所
障害程度（手帳）

氏名（ふりがな）
生年月日
住所
障害程度（手帳）

2　相談内容
補装具や生活便利グッズについて情報をほしい。
今後の生活支援についてアドバイスがほしい。
視覚障害者を取り巻く情報をほしい。　等

3　相談日時
平成　　　年　　　月　　　日（　　）　　　：　　　〜　　　：

4　相談場所
会場名
住所
電話
ＦＡＸ

5　担当名および連絡方法

6　その他
・同席者について
・対応についての注意（あれば）　等