

令和〇年〇月〇日

静岡県立静岡聴覚特別支援学校長 様

〇〇市(町)立〇〇小(中)学校  
校長 〇〇 〇〇

職員の派遣について(依頼)

本校に在籍しております、※<sub>1</sub>第〇学年〇〇〇〇の支援につきまして、下記のとおり貴校 ※<sub>2</sub>〇〇〇〇教諭の派遣をお願いいたします。

記

- 1 目的 児童(生徒)の課題および支援方法などを話し合い、今後の本校、貴校通級指導教育双方での教育活動に活かす。
- 1 日時 令和〇年〇月〇日 (〇) 〇〇:〇〇~〇〇:〇〇
- 2 場所 〇〇市(町)立〇〇小(中)学校 〇年〇組教室  
(住所 )
- 3 懇談対象 ※<sub>1</sub>第〇学年 〇〇〇〇
- ※<sub>3</sub>
- 4 希望事項 授業参観: 〇時〇分~〇時〇分 (〇時間目)  
難聴理解授業: 〇時〇分~〇時〇分 (〇時間目)  
担任懇談: 〇時〇分~〇時〇分 (〇時間目)

担当 教諭 〇〇 〇〇  
電話  
FAX  
E-mail

【備考】

- ※<sub>1</sub> 対象幼児児童生徒の名前を記入してください。  
※<sub>2</sub> 訪問者の名前を御記名ください。  
※<sub>3</sub> 希望事項は、担当者と事前に御相談ください。