

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、※₁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 ※₂〇〇〇〇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、貴校教育相談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 ※₁第〇学年 〇〇〇〇
- ※₃
- 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】

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