【様式８】

番　　　　　号

年　　月　　日

山梨県立高等支援学校桃花台学園

校　長　 木　村　　則　夫 　殿

学　校　名

校　長　名

特別支援学校のセンター的機能の発揮に係る職員の派遣について（依頼）

このことについて、次により貴校　特別支援教育コーディネーター（職・氏名　　　　）の派遣をお願いいたします。

１　要請内容

（１）　日時　　　　令和　　年　　月　　日(　　)　　　　：　　～　　：

（２）　場所　　　　派遣先名

住　 所

電話番号

＜　※　以下について、該当項を「■」にすること。＞

（３）　内容　　　　□　訪問支援（入学を希望する児童生徒に係る支援・教員等への支援）

□　教育相談（入学希望者に係る相談）

□　研修支援（研修会、研究会等への助言・援助）

□　連　　携（関係機関における支援会議等への出席）

□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（４）　添付書類等　□　当日の次第

　　　　　　　　　　□　添付書類名

２　連絡事項等

３　依頼担当者（特別支援教育コーディネーター等）

　　　職・氏名

　　　連絡先　①ＴＥＬ

　　　　　　　　②ＦＡＸ

　　　　　　　　③Ⅿail

※公立小・中学校については、 本校へ要請後、市町村（組合）教育委員会及び教育事務所へ写しを送付してください。

※県立高等学校については、 本校へ要請後、特別支援教育・児童生徒支援課へ写しを送付してください。