

教育委員会(市町教委・教育庁高等学校課)を通して依頼してください。

教育相談票・派遣依頼票 (平成 29 年度 泉北ブロック支援教育地域支援整備事業)

相談者	学校園名		校 園 長 名	
	住 所		メー ル	
	電 話		ファ ックス	
	担当者名		相談の形式	<input type="checkbox"/> 来校相談 <input type="checkbox"/> 訪問相談
	担当者所属	<input type="checkbox"/> 通常学級担任 <input type="checkbox"/> 支援学級担任 <input type="checkbox"/> 通級指導教室担当 <input type="checkbox"/> その他		
相談対象	学 年	年	性 別	男 ・ 女
	障がい状況	<input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 発達障がい <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 情緒 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> その他()		
	診断の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (診断名:)		
	手 帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳		
	実 態			
検討結果	校内での検討の経過や支援の体制状況をお書き下さい。			
指導と支援	これまでの			
相談内容				
相談票提出日	年 月 日		* 相談票受付日	年 月 日
* 相談実施日	年 月 日		* 相談担当者(所属)	
* 相談の概要	<div style="text-align: right;">記入者()</div>			

太枠の部分についてご記入ください。ワードデータは教育委員会にお問い合わせください。

* は相談担当者が記入し、相談後に教育委員会に報告いたします。