

支援相談申込票

申込日	令和 4年 9月 1日	校園名	〇〇高等学校 / △□ 保育園
-----	-------------	-----	-----------------

下記必要項目に記入、○印をつけ、相談対象者 1 名につき 1 枚作成してください。

相談対象者	中学校 : 第 学年 組 高等学校 : 第 学年 組 幼稚園/保育園: 5 歳児クラス	(6 歳) 性別: 男・女
相談概要	ケース相談 ・ 研修支援 ・ 個別の教育支援計画作成等 ・ その他()	
相談内容	・こちらに主たる相談したい内容をお書きください。 ・簡単に、箇条書きで OK です。	
対象者の実態	所持手帳: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 診断名: 自閉スペクトラム症 対象の子どもさんの様子を簡単に書きください。 詳しくは、聞き取り時にお聞かせください。	
取り組み	現在の指導支援内容 現状の環境や対応など、簡単に書きください。 本人の得意なこと、良いところ、好きなこと 好きな遊びや、得意なことなど、簡単に書きください。	

相談担当者	校長園長 ・ 副校長 ・ 教頭 ・ 幼稚園主任 ・ 保育園主任 ・ 特別支援コーディネーター 通常学級担任 ・ 支援学級担任 ・ その他()	
担当者名	〇山 △子	
連絡先	TEL: 06-0000-△△△△	FAX: 06-0000-△□□□