大阪府立住之江支援学校長　宛

支援相談申込票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 令和　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | 校園名 |  |

下記必要項目に記入、〇印をつけ、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 | 幼稚園/保育園：　　　　　　　　　歳児クラス | （　　　　　歳）  　性別：　男　・　女 |
| 相談概要 | ケース相談　　・　　研修支援　　・　　クラス支援　　・　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 相談内容 |  | |
| 対象者の実態 | 所持手帳　：　□なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　診断名　： | |
| 取り組み | 現在の指導支援内容 | |
| 本人の得意なこと、良いところ、好きなこと | |

|  |  |
| --- | --- |
| 相談担当者 | 園長　・　副園長　・　　　幼稚園主任　・　保育園主任　・　特別支援コーディネーター  クラス担任　・　支援担当　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX: |