**地域支援コーディネーター等派遣依頼書**

年　　月　　日

三重県立盲学校長様

所属名　　　　　　　　　　　　　　　長

　視覚障がい教育に係る相談について、下記の通り貴校教職員の派遣をお願いします。

記

１　派遣日　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　）

２　時　間　　　　　　　　時　　　　分　～　　　時　　　分

３　場　所

４　相談内容　　　裏面に記載

※すでに依頼した相談を継続する場合

派遣希望職員名

※メールでの情報提供・相談も行っています。よろしければご記入ください。

連絡先メールアドレス

【事務担当】

職　名

名　前

電話番号

FAX番号

**依頼内容（該当する項目にチェック）**

１　実態把握

* 幼児児童生徒等の行動観察・授業参観、視機能評価等による実態把握

２　相談・助言

1. 幼児児童生徒に関すること
* 指導・支援方法の相談・助言
* 就学や転学等の相談・助言
* 進路や就労の相談・助言
1. 校内体制に関すること
* 事例検討会や校内委員会への参加・助言
* 個別の指導計画の作成に関する相談・助言
* 個別の教育支援計画の作成に関する相談・助言
* 校内支援体制の整備に関する相談・助言
* 他機関への支援の橋渡しに関する相談・助言
1. 講師等、その他
* 教職員研修会等の講師派遣
* 障がい理解に関する出前授業
* 資料や教材等の提供
* その他（以下にお書きください）