

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

（２） 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

（３） 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）