令和　年　月　日

宮城県立聴覚支援学校

校長　鈴木　雅子　宛

　　　立　　学校（園）

　　　　　　　　校長（園長）

（公　印　省　略）

教育相談にかかる職員の派遣について（依頼）

下記のとおり訪問支援及び職員の派遣を依頼します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　期　日　　・令和○年○月○日（　）

　　　　　　　・定期的な訪問の場合は、令和○年○月～令和○年○月（　ヶ月に１回程度）

２　場　所　　○○立○○　学校・園等

　　　　　　　住所：

３　日　程　　　　　：　　　　来校・打ち合わせ

：　　　　授業参観（保育参観）

　　　　　　　　　　：　　　　教育相談・職員研修など

　　　　　　　　　　：　　　　終了

４　対象児　　〇歳児、第〇学年　組　　幼児・児童・生徒（氏名の記載は必要ありません。）

５　その他

　※○時○分までに来校、など連絡事項がありましたらご記入ください。

※駐車場等の情報について記載いただけると助かります。

学校（園）名：

担当：

〒　住所

TEL：

FAX：

メール：