令和　年　月　日

秋田県立稲川支援学校長　様

○○立○○小学校（園）長

令和６年度　センター的機能に係る職員の派遣について（依頼）

このことについて、次のとおり職員を派遣してくださるようお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| １．派遣職員 | 　教諭（教育専門監、特別支援教育アドバイザー）○○○○ |
| ２．派遣先学校（園） | 　○○立○○○学校（園） |
| ３．日　時 | 令和　年　月　日（　）　午前〇時○○分から午後〇時○○分まで |
| ４．依頼内容　 | 　例１）・児童等の行動観察と助言　例２）・日程　〇時○○分から〇時○○分まで　授業参観　　　　　〇時○○分から〇時○○分まで　ケース会 |
| ５．その他 |  |

※年間の計画が決まっている場合は、複数回の記載が可能です。

※希望する内容について、簡単にご記入ください。

＜担当＞

○○立○○〇学校（園）

□□　○○　○○

TEL

FAX