FAX:0749-65-1345

別紙様式１

ＦＡＸ送信票

長浜養護学校
　支援部　特別支援教育コーディネーター
　　筧　嘉浩　宛

長浜養護学校教育相談申込書

令和　　年　　月　　日

校　園　名 （所在地・電話番号）	〒 TEL	校長名 園長名 担任名	

依頼内容	※相談を依頼される内容について□にチェック（レ）をお願いします。（複数依頼可） **相談支援** □個人に関する相談　　□授業、指導改善に関する相談 □本校への就学・進学に必要な検査実施　□研修会、研究会の講師派遣 （新版Ｋ式・ＷＩＳＣ―Ⅳ・その他） ・希望される検査に○を付けて下さい。

※「個人に関する相談」、「就学・進学に必要な検査」実施場合のみ記入

対象児の学級等	・知的障害特別支援学級 ・肢体不自由特別支援学級 ・その他学級(　　) ・加配(有り・なし)	学年／年齢 （イニシャル）	／　　才 (　　)

☆教育相談担当機関からの電話連絡が可能な曜日・時間帯等を記入してください。
担当者名（　　）
曜日・時間帯等［　　］

【担当者】
滋賀県立長浜養護学校　支援部　特別支援教育コーディネーター　　筧　嘉浩
〒526-0806　滋賀県長浜市今町920
TEL0749-63-9721　　FAX0749-65-1345