

〈 様式1 (学級・学校支援用) 〉

第 号  
令和 年 月 日

福井県立嶺南東特別支援学校長 様

学校 (園・所)  
校 (園・所) 長 印

特別支援教育相談員の派遣について (依頼)

このことについて下記のとおり教育相談を行いますので、貴所属の担当者の派遣をお願いいたします。

記

1 日 時 令和 年 月 日 ( ) 時～ 時

2 場 所 学校 (園・所) 学級

3 相談内容 ・ (具体的にお書きください)  
・

4 その他

(特別支援教育コーディネーター等 窓口になっていただく先生や電話・FAX  
メールアドレス等を明記していただけるとありがたいです。)