

この用紙のみFAXにてお送りください。

県立支援学校天王みどり学園 遠藤美和子 宛

FAX 018-870-4612

※ 太枠の中を御記入ください。

### みどりアシスト相談会 FAX送信票

学校名		学級種別	
担任<相談者> (職・氏名)			
特別支援教育コーディネーター(職・氏名)			
TEL			
(連絡の取りやすい時間帯)			
FAX			

#### 1 希望日時

※ 希望日は、6月1日(水)～7月15日(金)の期間内で御記入ください。

※ 希望時間は二つから選んで○を御記入ください。

※ 調整の上、FAXか電話で御連絡いたします。

	希望日		希望時間	
第1希望	月	日 ( )	( ) 15:30~16:30	( ) 16:00~17:00
第2希望	月	日 ( )	( ) 15:30~16:30	( ) 16:00~17:00
第3希望	月	日 ( )	( ) 15:30~16:30	( ) 16:00~17:00

#### 2 相談したい内容をお聞かせください(自由記述)

#### 参考

- 教育課程と時間割  
(日常生活の指導・生活単元学習・作業学習・自立活動等の指導内容と方法)
- 児童生徒の実態把握(各種検査やチェックリストの読み取り)
- 教材教具(教科書・補助具等)  指導案の作成(目標設定、指導内容・方法、指導計画)
- 年間指導計画の作成(各教科、生活単元学習、自立活動等)
- 交流及び共同学習(周囲の子どもたちへの理解も含む)
- 個別の支援計画、個別の指導計画の作成・活用  障害の重い児童生徒への対応
- 進路指導  保護者対応

\*5月27日(金)までにFAXでお送りください。