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。**

**特別支援教育相談会　ＦＡＸ送信票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学 校 名 |  | 学年・学級等 |  |
| 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**

* 希望日を御記入ください。
* 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　　　　　　□　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）

□　個別の教育支援計画、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

**＊希望日の３週間程度前までにＦＡＸでお送りください。**