申込日：　　　　年　　　月　　日

岐阜市立岐阜特別支援学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校長氏名

岐阜市立岐阜特別支援学校地域支援センター利用の申込について

下記の通り、岐阜特別支援学校地域支援センターの利用について申し込みをします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 利用の仕方※○をつけてください。 | （　　　）訪問支援　　　　　幼稚園・小中学校・高等学校等にセンター職員が訪問します。幼児・児童・生徒を観察し、幼児・児童・生徒の理解や対応について助言します。（　　　）研修支援　　　　　「通常学級における特別な支援」「発達障がいの理解と対応」「自閉症の理解と対応」など、校内研修の支援をします。（　　　）特別支援学級支援　　　　　特別支援学級の経営や個別の支援について授業参観・助言をします。（　　　）ケース会等支援　　　　　特別支援校内委員会、ケース会などに出席し、助言をします。 |
| 利用の概要 |  |
| 担当者の職名・氏名 | 職名：　　　　　　　　　氏名：学校の電話番号：　　　　　　　 |
| 希望日時等 | 　令和　　　年　　　月　　　日　　　　時　　　分から　　　　　時　　　　分まで |
| その他 | 旅費支給の有無：　　有　　・　　無　　※○をつけてください。 |

＊事前に、岐阜特別支援学校　地域支援センター担当に電話で連絡して、日程調整等をしてください。

＊岐阜特別支援学校　：　電話　０５８－２３９－２８２１　　FAX　０５８－２３４－０９０６