（様式１－①）　※赤字は削除して記入して下さい。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○第　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　宮古教育事務所

　所長　砂川　義治　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○立○○○○学校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　校長　○ ○ ○ ○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（公印省略）

特別支援教育巡回アドバイザーの派遣要請について（依頼）

　本校の特別な支援を必要としている幼児児童生徒について、下記の計画のとおり相談をお願いしたく、「インクルーシブ教育システム体制整備事業」における「インクルーシブ教育学校支援事業」に係る特別支援教育巡回アドバイザーの派遣を要請致します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | 派遣要請期日 | 対象幼児児童生徒 | 派遣要請の内容 |
| 学年 | 性別 |
|  | 令和　　年　　月　 日（○：○～○：○）○ｈ |  |  |  |
|  | 令和　　年　　月　 日（○：○～○：○）○ｈ |  |  |  |
|  | 令和　　年　　月　 日（○：○～○：○）○ｈ |  |  |  |
|  | 令和　　年　　月　 日（○：○～○：○）○ｈ |  |  |  |

※対象幼児児童生徒の相談事項に関する資料（具体的相談事項、実態等）があれば、別途　文書を添付する。

※派遣要請期日の10日前までに提出をお願いいたします。