【様式２】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記号第\*\*\*号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○＊年\*\*月\*\*日

茨城県立盲学校長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（県市町村）立（相談依頼元学校等名）長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　公　　　印　　　省　　　略　　）

　　　特別支援教育巡回相談に係る職員の派遣について（依頼）

　このことについて、校（園・所）内における特別支援教育の充実のため、下記のとおり特別支援教育巡回相談を要請しますので、貴校所属特別支援教育巡回相談員を派遣くださいますよう、お願いいたします。

記

１　日　時

　　○○＊年\*\*月\*\*日（＊）\*\*時\*\*分から\*\*時\*\*分まで

２　相談内容

　　別紙「特別支援教育巡回相談依頼書」のとおり*（※相談依頼書を添付する）*

３　派遣者氏名

　　（派遣される巡回相談員氏名）

＜問合せ先＞

○○立○○学校

担　当：

電　話：

E-mail：