記号第\*\*\*号

【様式２】

令和＊年\*\*月\*\*日

茨城県立伊奈特別支援学校長　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

令和＊年\*\*月\*\*日（＊）\*\*時\*\*分から\*\*時\*\*分

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）

＜問い合わせ先＞

○○立○○学校

担　当：

電　話：

ＦＡＸ：

E-mail：