令和　年　月　日

　秋田県立稲川支援学校長　様

○○立○○小学校長

センター的機能に係る職員の派遣について（依頼）

このことについて、次のとおり貴校職員を派遣してくださるようお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣職員 | 教諭　　○○　○○ |
| 学校（園）名 | 　○○小学校 |
| 日 時 | 　令和　　年　　月　　日（　）　　○時○○分～○時○○分※年間の計画が決まっている場合などは複数回の記載も可能です。 |
| 依頼内容等 | ※希望する内容について、簡単にご記入ください。例１）内　容・児童の行動観察と助言　　　　　　・児童の心理検査の実施例２）日程　○時○○分～○時○○分　授業参観　　　　　　○時○○分～○時○○分　ケース会 |