様式１－１（小・中・義務教育学校用）記入例

令和５年度外部専門家を活用した支援体制充実事業申込書（記入例）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市町村  （学校組合）名 | | | | ○○町 | | 学校名 | ○○小学校 |
| 電話番号 | ○○○○-○○-○○○○ |
| 訪問の際の  担当者名 | | ＊特別支援教育学校コーディネーター等、訪問時の担当者名を記入してください。  ○○　○○（特別支援教育学校コーディネーター） | | | | | |
| １　対象児童生徒について | | | | | | | |
| 対象 | 学年 | | 新規・継続  ※直近の相談時期 | | 相談したいこと | | |
| Ａ | 小３ | | 継続  Ｒ４Ⅱ期※ | | **主訴**：前回の相談で、本児に「書類配布役をしてもらっては？」という助言を受けてやってみたところ、離席は減ってきているが、授業に集中できる時間は少ない。集中できるための支援方法を知りたい。  **具体的な様子**：常にどこかは動いているが、座っていられる時間は長くなってきた。ただ、友達のしていることが気になり、ちょっかいをかけることが多く、声もすぐ出てしまう。 | | |
| Ｂ | 小５ | | 新規 | | **主訴**：漢字の書き取りが苦手で時間がかかるため、本人も書くのを嫌がるので支援の方法を知りたい。  **具体的な様子**：枠を使用して漢字の練習をしているが、形がとれずに、バランスが悪い。ノートをとるのも時間がかかり、書ききれないため空白の部分が多い。 | | |
| ２　希望日程等 | | | | | | | |
| 実施希望日  （必ず第３希望まで記入してください） | | | | | 第１希望　　令和５年　６月　１４日（水）  第２希望　　令和５年　６月　１５日（木）  第３希望　　令和５年　６月　２３日（金） | | |
| 実施希望日の  タイムスケジュール | | | | | 打ち合わせ | | ８：３５～８：５０ |
| 対象児童の観察（Ａ：算数） | | ８：５０～９：３５ |
| 対象児童の観察（Ｂ：国語） | | ９：４５～１０：３０ |
| 情報整理 | | １１：００～１１：３０ |
| 校内支援会 | | １１：３０～１２：３０ |
| ３　対象児童生徒の主訴に対して要請の希望のある場合は選択してください。  （特定個人の要請はできません。派遣については調整を行うため希望通りにならないこともあります。） | | | | | | | |
| 医療機関（医師、作業療法士、言語聴覚士）　療育福祉センター　大学関係者  教育センター　心の教育センター　特別支援学校  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（複数回答も可能です） | | | | | | | |
| ＊教育委員会記入欄  市町村教委等担当者及び市町村内で依頼した関係者（保健師など）の参加  有　　・　　無　（職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |

※令和４年度以前に外部専門家を活用した支援体制充実事業を活用した場合は、直近の相談時期を記入してください。

・必要に応じて欄を調整してください。

様式１－１（小・中・義務教育学校用）

令和５年度外部専門家を活用した支援体制充実事業申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市町村  （学校組合）名 | | | |  | | 学校名 |  |
| 電話番号 |  |
| 訪問の際の  担当者名 | |  | | | | | |
| １　対象児童生徒について | | | | | | | |
| 対象 | 学年 | | 新規・継続  ※直近の相談時期 | | 相談したいこと | | |
|  |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |
| ２　希望日程等 | | | | | | | |
| 実施希望日  （必ず第３希望まで記入してください） | | | | | 第１希望　　令和　年　　月　　日（　）  第２希望　　令和　年　　月　　日（　）  第３希望　　令和　年　　月　　日（　） | | |
| 実施希望日の  タイムスケジュール | | | | | 打ち合わせ | | ：　～　： |
| 対象児童生徒の観察（　　） | | ：　～　： |
| 対象児童生徒の観察（　　） | | ：　～　： |
| 情報整理 | | ：　～　： |
| 校内支援会 | | ：　～　： |
| ３　対象児童生徒の主訴に対して要請の希望のある場合は選択してください。  （特定個人の要請はできません。派遣については調整を行うため希望通りにならないこともあります。） | | | | | | | |
| 医療機関（医師、作業療法士、言語聴覚士）　療育福祉センター　大学関係者  教育センター　心の教育センター　特別支援学校  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（複数回答も可能です） | | | | | | | |
| ＊教育委員会記入欄  市町村教委等担当者及び市町村内で依頼した関係者（保健師など）の参加  有　　・　　無　（職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |

※令和４年度以前に外部専門家を活用した支援体制充実事業を活用した場合は、直近の相談時期を記入してください。

・必要に応じて欄を調整してください。