様式１（保育所・幼稚園・認定こども園用）記入例

令和６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）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □国立  □私立  ☑公立 | | | 市町村名 | ○○町 | 所・園名 | ○○保育所 |
| 電話番号 | ○○○○-○○-○○○○ |
| 訪問の際の担当者名 | | | | ○○　○○ | | |
| １　対象幼児について | | | | | | |
| 対象 | 年齢 | 新規・継続  ※直近の相談時期 | | 相談したいこと | | |
| Ａ | ４歳  （年中） | 新規 | | **主訴：**こだわりが強く一人遊びが多いため、友達と一緒に遊ぶ場面をつくりたいがどうしたらよいか。  **具体的な様子：**ミニカーやブロックなどを並べて遊ぶことが好きで、友達が、並べているのを取ると怒って叩くことがある。友達との会話は続かず、一方的にしゃべることが多い。  **※医療機関、診断名等の情報があれば記入してください。** | | |
| Ｂ | ５歳  （年長） | 継続  Ｒ５Ⅱ期※ | | **主訴：**前回の相談で、「視覚支援を試してみては」との助言を受け、活動をイラストで示し、できたらシールを貼るようにしたが、見通しや意欲をもって取り組むことは難しい。小学校に向けてどんなことを支援したらよいか。  **具体的な様子：**身の回りのことに気持ちを向けたり、集中したりすることが難しいため、荷物の片付け等、途中で止まって進まなくなることが多い。 | | |
| 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６年　６月　１９日（水）  第２希望　　令和６年　６月　２０日（木）  第３希望　　令和６年　６月　２８日（金） | | |
| 実施希望日の  タイムスケジュール | | | | 打ち合わせ | | ９：１０～９：３０ |
| 対象幼児の観察（Ａ） | | ９：３０～１０：００ |
| 対象幼児の観察（Ｂ） | | １０：００～１０：３０ |
| 情報整理 | | １０：３０～１１：００ |
| 協議 | | １１：００～１２：００ |
| 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　　特別支援学校  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（複数回答も可能です） | | | | | | |
| ＊市町村（学校組合）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５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（保育所・幼稚園・認定こども園用）

令和６年度外部専門家を活用した支援体制充実事業申込書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □国立  □私立  □公立 | | | 市町村名 |  | 所・園名 |  |
| 電話番号 |  |
| 訪問の際の担当者名 | | | |  | | |
| １　対象幼児について | | | | | | |
| 対象 | 年齢 | 新規・継続  ※直近の相談時期 | | 相談したいこと | | |
| Ａ |  |  | |  | | |
| Ｂ |  |  | |  | | |
| 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 | | ：　　～　　： |
| 対象幼児の観察（Ａ） | | ：　　～　　： |
| 対象幼児の観察（Ｂ） | | ：　　～　　： |
| 情報整理 | | ：　　～　　： |
| 協議 | | ：　　～　　： |
| ３　外部専門家の依頼　※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　　特別支援学校  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（複数回答も可能です） | | | | | | |
| ＊市町村（学校組合）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５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。