記　号　及　び　番　号

年　 月　 日

　秋田県立横手支援学校長　様

 　　　　　○○立○○学校長

特別支援教育アドバイザーの派遣について（依頼）

　このことについて、次のとおり高橋成浩　特別支援教育アドバイザーを派遣してくださるようお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| １　日　　　　時 | 　年　月　日（　） 時　分　から　時　分まで |
| ２　派遣先学校名 |  |
| ３ 依頼内容 | （１）対象及び相談内容　・通常の学級に在籍する○年生児童に対する知能検査をお願いしたい。 （２）日程 　○○：○○～○○：○○　授業参観　　○○：○○～○○：○○　WISC-Ⅳ知能検査 |