様式１（各校共通 2023 年度版）　　送信日：令和　　年　　月　　日（　　）

特別支援教育パートナー・ティーチャー派遣事業
派遣要請連絡票

送信先	北海道釧路鶴野支援学校　教頭　楢　山　　亮　宛 FAX 0154-57-3390　TEL 0154-57-9011 （e-mailでの送信希望の方はアドレスをお知らせしますので御連絡ください）	
発信元	（学校名）　　（職名）　　（氏名）	
	TEL：	
	MAIL：	
	住所	〒

件　名	特別支援教育パートナー・ティーチャー派遣事業の派遣要請について

要請内容	１　希望日時	第１希望日　令和　　年　　月　　日（　）　：　～　： 第２希望日　令和　　年　　月　　日（　）　：　～　： 第３希望日　令和　　年　　月　　日（　）　：　～　： ※必ず開始時刻、終了時刻を記入してください。
	２　相談人数	特別支援学級　　人　　通常学級（通級も含む）　　人
	３　派遣日程	※時間帯・　観察する授業等簡単にお書きください。（当日のスケジュール） （例：送信時は削除してください。氏名を記入する場合はイニシャルでお願いします） １３：００～　　コーディネーターと事前打ち合わせ １３：１５～１４：００　授業観察①（小３　K・Aさん　国語　通常学級） １４：１０～１４：５５　授業観察②（小５　M・Tさん　算数　知的学級） １５：１５～１６：００　相談（担任、コーディネーター）
備　考	※該当する方をチェックしてください。 □訪問による対応　　□リモートによる対応	