**「障害のある児童が通う地域の学校への支援事業」**

**医療機関への情報提供書**

（医療機関名）

（担当者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

**対象児児童生徒名**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**年齢**　　　　　**才**

**訪問した学校名**

**担当教諭**

**学校と検討した課題**

**訪問時の状況・評価（　年　月　　日訪問 ）**

**学校への提案**

**その他**

**＊ご不明な点等ございましたら、下記までご連絡下さい。**

**今後ともよろしくお願い致します。**

滋賀県立リハビリテーションセンター

事業推進係

担当：石田　南部

電話：077-582-8157　　　　　　　　　　　　　　FAX：077-582-5726

E-mail:eg3001@pref.shiga.lg.jp