**（様式１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　取扱注意**

**「障害のある児童が通う地域の学校への支援事業」申込用紙**

**滋賀県立リハビリテーションセンター所長　様**

**（学校名）**

**（校長名）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象児童生徒の学年（年齢） | 年生（　　　　歳） | 担任名 |  |
| コーディネーター名 |  |
| ご連絡先 | TEL　　　　　　　　　　　　FAX | | |
| E-mail | | |
| 目的 |  | | |
| 対象児童生徒について  気になる点・困っていること |  | | |
| （裏面に続く） | | | |
| ご依頼  内容 | ※相談したいことを具体的に記入。  例）姿勢が崩れることについて、実態の把握から指導・支援方法について  　　はさみの使い方およびはさみの改良についての検討 | | |
| かかっている医療・相談機関等 |  | | |
| ご希望日  (希望時間) | 【第1希望】　令和　　年　　月　　日　（　　）  　〔午前・午後　　　時　　　分～　午前・午後　　　時　　　分〕 | | |
| 【第2希望】　令和　　年　　月　　日　（　　）  〔午前・午後　　　時　　　分～　午前・午後　　　時　　　分〕 | | |
| 【第3希望】　令和　　年　　月　　日　（　　）  　〔午前・午後　　　時　　　分～　午前・午後　　　時　　　分〕 | | |

**＜留意点＞**

１　目的、依頼内容は、できるだけ具体的に記入ください。

２　希望日（希望時間）は、第1希望～第3希望まで記入してください。滋賀県立リハビリテーション

センターの方で、日程調整したうえ、学校にお伝えします。

**担当係メールアドレス　eg3001@pref.shiga.lg.jp**