

県立鏡が丘特別支援学校
校長 津波 佳和 殿

事業所 _____
担当者名 _____
電話番号 _____
FAX 番号 _____
メールアドレス _____

保育所等訪問支援の日時調整について（依頼）

時下、貴校におきましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。
このたび、本事業所では貴校に通う _____ さんの福祉サービスの提供にあたって、保育所等訪問支援の受け入れを希望いたします。下記の日程にて、実施したいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

記

1. 児童生徒名 _____ さん（ _____ 学部 _____ 年 _____ 組）
2. 日時 ①令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ ） _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分
②令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ ） _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分
③令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ ） _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分
※1回のみのお来校の場合は①のみ、複数回来校される場合は②以降もご記入ください
※3回以上ある方は、「4目的」内か余白に記載をお願いします。

3. 訪問支援員 氏名： _____
専門： _____

4. 目的（内容） _____

※児童生徒の下校後（間接支援）の場合は、教職員の休憩時間、終業時間（17：00）以降はご遠慮ください（休憩時間は、日課によって変更されることがあるため事前の確認をお願いします）。

【問い合わせ先】 県立 鏡が丘特別支援学校
住所：〒901-2104 浦添市当山3丁目2番7
Tel：098-877-4940 Fax：098-877-9958
【担当】特別支援教育部 野原裕美