兵庫県立姫路しらさぎ特別支援学校　連携支援会議　申請書

　　　年　　月　　日

兵庫県立姫路しらさぎ特別支援学校長　様

　申請事業所名

担当者名

連絡先　☎（　　　）　　　　　e-mail　　　　　　　　　　＠

|  |
| --- |
| 〇希望日時 |
| １　　月　　日（　　）　　開始　　：　　　～　　　：　　　予定２　　月　　日（　　）　　開始　　：　　　～　　　：　　　予定３　　月　　日（　　）　　開始　　：　　　～　　　：　　　予定※約1時間程度でお願いします |
| 〇対象児童生徒 |
| 学部 | 小　・　中　・　高 | 学年　 | １　２　３　４　５　６　 |
| ・児童生徒名 |  |
| 〇内容 |
|  |
| ・参加予定事業所等 |
| 事業所名 |  | 参加者名 |  |

※上記理由により、貴校において連携支援会議を行いたいので申請いたします。

以下、本校記入覧

|  |  |
| --- | --- |
| 受　付 | 　　　年　　　月　　　日（　　） |
| 実施日 | 　　　年　　　月　　　日（　　） |
| 参加者 |  |
| 実施場所 |  | 時　間 | 　　：　　　～　　　： |