

令和 年 月 日

和歌山県発達障害者支援センター **ポラリス**

センター長 辻 幸代 宛

依頼機関・施設名

\_\_\_\_\_ ㊟

行政担当（教育委員会等）

\_\_\_\_\_ ㊟

## 機関コンサルテーション相談支援員派遣依頼

今回、和歌山県発達障害者支援センターポラリスに下記の日程でコンサルテーションをお願いしたく、相談支援員の派遣を依頼いたします。

記

○日 時：第1回訪問 令和 年 月 日（ ） : ~ :  
第2回訪問 令和 年 月 日（ ） : ~ :

○場 所：

〒

TEL ( ) FAX ( )

○担 当 者：

○詳 細：

以上

同意書

コンサルテーションの趣旨を理解し、上記の派遣に対して同意します。

保護者署名

\_\_\_\_\_

## 記入例

令和元年 4月10日

和歌山県発達障害者支援センター ポラリス  
センター長 辻 幸代 宛

和歌山市立和歌山小学校  
校長 発達 太郎 ㊟

必ず必要ではありません。

和歌山市教育委員会  
支援 千太 ㊟

### 機関コンサルテーション相談支援員派遣依頼

今回、和歌山県発達障害者支援センターポラリスに下記の日程でコンサルテーションをお願いしたく、相談支援員の派遣を依頼いたします。

#### 記

○日 時：第1回訪問 令和 元年 4月 ○日 (△) 13:30~16:00  
第2回訪問 令和 年 月 日 ( ) : ~ : 未定

○場 所：和歌山市立和歌山小学校  
〒640-0000 和歌山市和歌山町 12-34  
TEL 073 (444) ○○×× FAX (444) ○○△△

○担 当 者：特別支援コーディネーター 和歌山 良子  
○詳 細：当日のタイムテーブルと対象児童の資料については別紙同封いたします。

以上

#### 同意書

コンサルテーションの趣旨を理解し、上記の派遣に対して同意します。

保護者署名

同意を得ることが難しい場合は  
未署名でも訪問は可能です。