記号　及び　番号

令和　年　月　日

　県立○○支援学校長　様

県立○○高等学校長

高等学校特別支援チームの派遣について（依頼）

　このことについて、次のとおり高等学校特別支援チームを派遣してくださいますようお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| １ 派遣先学校名  　　 （会場名） |  |
| ２　派遣日時 | 令和　年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分 |
| ３　派遣者 | ※派遣を希望する支援チーム委員名を記入ください。 |
| ４　依頼内容 | （１）対象  （２）依頼内容  （３）日程 |
|

　※派遣先の会場が学校と異なる場合は、会場名と住所を記入してください。

|  |
| --- |
| 担　　当  秋田県立○○高等学校  　職名・氏名  　ＴＥＬ  　ＦＡＸ |