別記第２号様式

文　書　番　号
令和　年　月　日

千葉県教育庁南房総教育事務所長 様

○○市（町）教育委員会

特 別 支 援 ア ド バ イ ザ ー 派 遣 申 請 書

特別支援アドバイザー取扱要綱第１３条の規定により、下記の各学校に特別支援アドバイザーを派遣願いたく申請します。

記

番号	学校（園）名	派遣期間	特別支援学級等 設　置　状　況	備　考
1		（　）５月～８月 （　）９月～１２月 （　）１月～３月		
2		（　）５月～８月 （　）９月～１２月 （　）１月～３月		
3		（　）５月～８月 （　）９月～１２月 （　）１月～３月		
4		（　）５月～８月 （　）９月～１２月 （　）１月～３月		
5		（　）５月～８月 （　）９月～１２月 （　）１月～３月		

（注１）特別支援アドバイザー取扱要綱第１３条第２項の規定により記入のこと。
（注２）派遣期間の欄は申請する期間の（　）に○を記入する。

別紙１

文　書　番　号
令和　年　月　日

○○市（町）教育委員会 様

○○市(町)立□□学校(園)
校(園)長　○　○　　○　○

特別支援アドバイザー派遣要請書

このことについて、下記の事由により特別支援アドバイザーの派遣について要請願います。

記

１　派遣期間　　（○）令和４年９月～令和４年１２月

２　派遣理由（以下の各項で該当する項目があれば**すべて選び**○をご記入ください。）
（　　）支援が必要だと思われる児童生徒に対する支援内容・方法についての助言
（　　）全体研修等を通じての特別支援教育に関する教職員の資質の向上
（　　）特別支援教育経験が浅い特別支援学級担任等に対する助言
（　　）校内支援体制づくりに関する助言
（　　）個別の指導計画、個別の教育支援計画の作成に関する助言
（　　）その他〔具体的な内容：　　〕

３　状況報告　**注）個人情報について十分留意し、記入してください。**

学年・学級	対象幼児児童生徒の人数	アドバイザーへの相談事項

別紙２　　特別支援アドバイザー派遣日程希望カレンダー

学校名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１　派遣希望日数　　＿＿＿＿日程度

※相談・助言のための十分な時間を確保するという観点から、
１日につき２クラス程度を対象として派遣をしています。

２　派遣形態　　（　　）　連続した派遣がよい
（　　）　間隔をあけての派遣がよい
（　　）　どちらでもよい

２　派遣希望期間

下記のカレンダーにアドバイザー派遣の受け入れが行事等で**不可能な日に「×」**を御記入ください。**特に希望日がある場合は「○」**を御記入ください。

月	火	水	木	金
第Ⅰ期（4月は新特別支援教育担任等の先生方への限定派遣期間です。）				5月
1	2	3	4	5
8	9	10	11	12
15	16	17	18	19
22	23	24	25	26
29	30	31	6月 1	2
5	6	7	8	9
12	13	14	15	16
19	20	21	22	23
26	27	28	29	30
7月 3	4	5	6	7
10	11	12	13	14
17	18	19	20	21
24	25	26	27	28
31	8月 1	2	3	4

7	8	9	10	11
14	15	16	17	18
21	22	23	24	25
28	29	30	31	
月	火	水	木	金
第Ⅱ期				9月 1
4	5	6	7	8
11	12	13	14	15
18	19	20	21	22
25	26	27	28	29
10月 2	3	4	5	6
9	10	11	12	13
16	17	18	19	20
23	24	25	26	27
30	31	**11月** 1	2	3
6	7	8	9	10
13	14	15	16	17
20	21	22	23	24
27	28	29	30	**12月** 1
4	5	6	7	8
11	12	13	14	15
18	19	20	21	22
25	26	27	28	29
月	火	水	木	金
第Ⅲ期			1月	5

8	9	10	11	12
15	16	17	18	19
22	23	24	25	26
29	30	31	**2 月** 1	2
5	6	7	8	9
12	13	14	15	16
19	20	21	22	23
26	27	28	29	**3 月** 1
4	5	6	7	8
11	12	13	14	15
18	19	20	21	22