令和　年　月　日

秋田県立秋田きらり支援学校長　様

市（町村）立　　学校長

（公印省略）

障害理解学習への職員派遣について(依頼)

このことについて、次のとおり派遣していただきますようお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| １　派遣職員氏名　　　　 |  |
| ２　派遣先学校名 |  |
| ３　派遣希望の日時 | 令和　　年　　月　　日(　)　　　時　　分から　　時　　分 |
| ４　内容　　　　　　　 | (１)教科等名： 　　(２)対象学年・学級数(人数)　　　年生・　学級(　名)(３)授業のねらい(担当する児童生徒に学んでほしいこと)(４)日程及び場所　　 |

**※記入していただきました派遣依頼は、メールに添付し、学校代表メールに送付してください**

**ますようお願いします。　　　学校代表メール：kirarisien@akita-pref.ed.jp**

校名

担当者(担任、学年主任等)氏名

連絡先