

## 職員派遣について

小・中学校等及び高等学校、特別支援学校に在籍し、治療等のために入院を必要とする児童生徒の復学に対する不安を軽減するために、サポートセンタースタッフが病室に訪問して在籍校からの課題に取り組む際のサポートや、入院による不安等の心理面へのサポートを主治医と連携し行います。

職員の派遣依頼については下記を参照してください。

**\*様式については、  
「サポートセンター派遣依頼様式」  
からダウンロードできます。**

まずはお気軽にお電話ください。  
副校長：近藤 郁  
アドバイザー：進藤 忠雄  
コーディネーター：小林佐知子  
TEL:018-838-1181 (直通)

令和 年 月 日

秋田県立秋田きらり支援学校長 様

学校名 ○○○○○

校長名 ○○ ○○

センター的機能による職員の派遣について (依頼)

このことについて、次のとおり職員を派遣して下さるようお願いいたします。

1 対象児童生徒名 ○年○組 ○○ ○○ (担任: ○○ ○○)

2 期間 令和○○年○月○日 (○)  
～令和○○年○月○日 (○)

\*期間は主治医から入院期間を伺い、調整の上ご連絡いたします。

3 場所 ○○○○総合病院

4 支援内容等

- (1) プリントやワーク等の取組へのサポート
- (2) 遠隔授業の機器設定
- (3) 復学支援

\*希望する内容について、簡単にご記入ください。

例) ○主治医や病棟との連絡調整  
○遠隔による試験登校への支援  
○退院後、学校生活に戻るまでの自宅療養期間のサポート  
\*内容や書き方についても、電話にてお気軽にご相談ください。

**\* 在籍校からの課題を使用しますので、  
準備をお願いします。**

担 当

○○市立○○小学校

職名 :

TEL :

FAX :

E-mail :