

提出先 県立鎌倉支援学校 支援グループ 教育相談コーディネーター宛
 FAX 0467(43)4804 [送付状不要]
 E-mail soudan-kamakura-sh@pen-kanagawa.ed.jp

《巡回相談後アンケート》

今後の巡回相談の参考にさせていただきますので、ご協力よろしくお願いします。

学校名	(在籍級 通常・支援)	巡回相談日
1 今回のケース会の内容を校内で情報共有できましたか <対象> <input type="checkbox"/> 全職員 <input type="checkbox"/> 学年 <input type="checkbox"/> コーディネーター <input type="checkbox"/> 管理職、コーディネーター、担任 <input type="checkbox"/> その他 () <方法> <input type="checkbox"/> 会議等で報告 <input type="checkbox"/> 記録の回覧 <input type="checkbox"/> その他(具体的な方法) <input type="checkbox"/> 共有しなかった(理由:)		
2 今回のケース会を受けて、取り組んだこと		
3 やって見て有効だったこと		
4 課題となることや難しかったこと		
5 児童生徒がどのように変わったか		
6 その他(感想、質問、要望等)		
7 次回、巡回相談の希望があるか <input type="checkbox"/> 有 (いつ頃) <input type="checkbox"/> 無		

*個人を特定されるような記載がないように、ご配慮ください。

*このアンケートは、巡回相談後2カ月をめぐりに、FAX 又は E-mail にてご返送ください。

*ご回答ありがとうございました。