

【あて先】私学課 小中高振興グループ 石上

【FAX番号】06-6210-9276

【メール送付先】shigakudaigaku-g01@sbox.pref.osaka.lg.jp

※FAX送信票は不要です。

介助員又は学習支援員の配置予定ありの場合のみ送信ください。

様式

障がいのある生徒の高校生活支援事業の実施予定調査

学校名	
電話番号	
記入者職名	
記入者名	

(1)

① 令和2年度において、介助員を配置される予定がありますか。

1. ある (②にお進みください)
2. ない

(注)

介助員・・・食事介助またはトイレ介助等を必要とする生徒に対し、学校生活において必要とされる支援全般を行う者

② 介助員は何人配置される予定ですか。

人

(2)

① 令和2年度において、学習支援員を配置される予定がありますか。

1. ある
2. ない

(注)

学習支援員・・・障がいにより支援を必要とする生徒に対し、授業や学校行事等において教員の補助にあたることにより、必要とされる支援を行う者

調査項目は以上です。ご協力ありがとうございました。