# 教育相談に関する説明

## 1)特別支援教育センターの教育相談

・特別支援教育センターは、特別支援教育に関する基礎的研究、臨床的研究、教育方法の開発等を行うとともに、それらを専門的、実践的な教員養成に生かし、教育相談や研修活動を通じて地域社会に貢献することを目的に設置されている施設です。
・上記の趣旨をご理解の上、教育相談をお申し込みください。

## 2)教育相談の内容

・特別支援教育センターで受けられる教育相談の内容は、お子さんの発達、言語、行動に関する相談及び学校や家庭生活におけるお子さんへの支援に関する相談です。

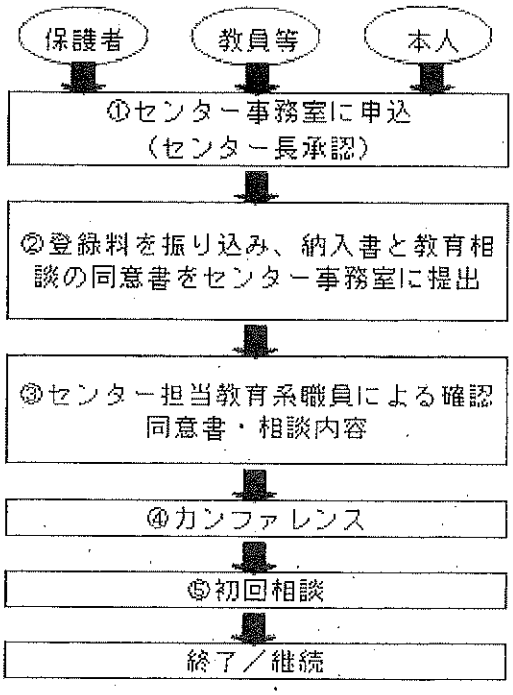
## 3)教育相談の担当者

・教育相談の担当者は特別支援教育担当の教育系職員です。

## 4)教育相談のシステム

・センター事務室の受付時間は月曜～金曜の 10 時～ 12 時と 13 時～ 15 時です。
・教育相談には、登録料（年間 1,000 円）が必要です。

①申込者は「教育相談申込書」をセンター事務室に提出してください。
・電話申込みの場合は、センター担当職員が聴取記入します。
・センター長の承認後、申込者に「登録料振込書」と「教育相談の説明書」を送付します。
②申込者は申込日から２週間以内に登録料を振り込　み、「納入書」と「教育相談の同意書」をセンター事務室に提出してください。
③センター担当教育系職員が同意書と相談内容を確認します。
④教育相談の担当者は、相談者のご希望や相談内容に応じて、カンファレンスにおいて決められます。また、必要な場合は、途中で変更します。
⑤初回相談が始まります。




・教育相談の有効期間はセンター事務室で納入書を確認した日から当該年度の３月末までとなります。
・既納の登録料は返還されません。
・継続して教育相談を希望する場合は、年度毎の更新手続きが必要となります。
・振込依頼人と同意書署名人は同じにしてください。
・受付状況によりしばらくお待ちいただくことがあります。
・予約日にご来訪できない場合は、担当者かセンター事務室に連絡してください。

5)プライバシーの保護

・相談者の同意がない限り、個人的な情報を公開することはありません。
・相談者の同意を得て、他機関の担当者や主治医と連絡を取らせていただくことがあります。
・相談者の同意を得て、個人情報が特定されない形式でプライバシーを守りながら、専門の学会、研究会、研修会などに報告・発表させていただくことがあります。

6)教育相談への協力

・教育相談が効果的に行われるために、必要な情報をありのままお知らせください。
・将来教員となる学部・大学院生や現職教員への教育の一環として、左記の者が教育相談の補助スタッフとして参加させていただくことがあります。
・教育方法の開発や向上に向けた研究にご協力いただくことがあります。
・上記の目的のために、ビデオ撮影や相談記録の分析についてご許可いただきたくお願いします。
・ご協力の可否は自由です。教育相談に何ら支障はありません。

7)同意書・相談記録等の保管

・相談記録等の個人情報が記載された文書は、教育相談の期間中、担当者が厳重に保管します。同意書はセンター事務室で保管します。

8)相談者の責任

・センター玄関までの送迎は、相談者の責任の下で安全にお越しください。
・担当者や相談補助スタッフの過失によらないお子さんの怪我や体調不良は相談者の責任とさせていただきます。
・教育相談中のお子さんによるセンター物品の損壊や他者の怪我等においては、相談者による賠償責任が生じて参ります。
・教育相談を安全に行うために、以上を保障するような保険の加入をお勧めします。

9)苦情が生じた場合

・教育相談の在り方に関して疑問がある時には、いつでも担当者に相談してください。そこで解決されない場合は、センター長宛に書面にてご連絡ください。

以上の説明を理解され、同意されましたら、別紙の同意書に自筆による署名と捺印をお願いします。

お問い合わせ・送付先
〒501－1193　岐阜市柳戸1－1
岐阜大学教育学部附属特別支援教育センター　Tel　058－293－2350

（様式３）

# 岐阜大学教育学部附属特別支援教育センター教育相談申込書

＊太枠内を記入願います

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 申込日 | 年　　月　　日 | 受付 | | 担当 | |
| 相談者 | ふりがな<br>氏　名 | ○を付けてください<br>保護者・教員・その他（　　）<br>教員等の場合：所属（　　） | | | |
| お子さん | ふりがな<br>氏　名 | 年齢<br>歳 | 所　属（学校・学年等） | | |
| 連絡先 | 住所　　自宅 ・ 所属<br>〒<br>電話<br>携帯電話<br>Email | | | | |
| 紹介先<br>（ここを知った経路） | | | | | |
| 希望する分野 | 発達 ・ 言語 ・ 行動 ・ その他（　　） | | | | |
| ＊希望担当教員がいる場合のみ記入 | ＊希望教員が担当するとは限りません | | | | |
| 相談内容 | | | | | |
| 所見・処置 | | センター長確認欄 | | | |
| | | 納入書受理日 | 月　　日 | | |

（様式４）

# 岐阜大学教育学部附属特別支援教育センター教育相談同意書

年　　月　　日

岐阜大学教育学部附属

特別支援教育センター長　　殿

特別支援教育センターの教育相談に関する説明に同意します。

お子さん氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

住所〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（様式 5）

# 岐阜大学教育学部附属特別支援教育センター教育相談同意書

年　　月　　日

岐阜大学教育学部附属

特別支援教育センター長　　殿

特別支援教育センターの教育相談に関する説明に同意します。

お子さん氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

相談者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（様式 6）

# 岐阜大学教育学部附属特別支援教育センター教育相談同意書

年　　月　　日

岐阜大学教育学部附属

特別支援教育センター長　殿

特別支援教育センターの教育相談に関する説明に同意します。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

住所〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿