※委員会使用欄　：　□受付　　□不備　　□確認事項あり　　□差し替え待ち

部 外 秘

発達教育センター所長　様

 学校番号（　　　　）学校名

 　　 　　　校長名

**令和４年度 就学相談会提出者一覧表**

**【令和４年　月　日提出者一覧】**

申込みの用紙到着順に就学相談会の日程をご案内いたします。

複数申込みの場合は、書類が揃った方から順次ご送付くださいますよう協力ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  № | （ふ　り　が　な）児童生徒氏名 | 学年 | 就学相談票に保護者が記入した学びの場の希望（※1迷っている場合、複数チェック可） | 学校看護師による医療的ケア希望の有無 |
| 通級指導教室 | 特別支援学級 | 特別支援学校 | 通常の学級※2 |
| 生年月日 |
| １ | （　　　　　　　　） | 　　年 | □難聴　□言語障がい　□情緒障がい　□情緒・LD/ADHD等 | □知的障がい　□自閉症･情緒□肢体不自由　□弱視　□難聴　□病弱 | □知的障がい 　□肢体不自由 　□病弱 　□視覚 　□聴覚 | 　□ | 医療的ケアの希望□有り |
| Ｈ 年 　月　 日 |
| ２ | （　　　　　　　　） | 　　 年 | □難聴　□言語障がい　□情緒障がい　□情緒・LD/ADHD等 | □知的障がい　□自閉症･情緒□肢体不自由　□弱視　□難聴　　□病弱 | □知的障がい 　□肢体不自由 　□病弱 　□視覚 　□聴覚 | 　□ | 医療的ケアの希望□有り |
| Ｈ 年 　月 　日 |
| ３ | （　　　　　　　　） | 　　年 | □難聴　□言語障がい　□情緒障がい　□情緒・LD/ADHD等 | □知的障がい　□自閉症･情緒□肢体不自由　□弱視　□難聴　　□病弱 | □知的障がい 　□肢体不自由 　□病弱 　□視覚 　□聴覚 | 　□ | 医療的ケアの希望□有り |
| Ｈ 年 　月　 日 |
| ４ | （　　　　　　　　） | 　　年 | □難聴　□言語障がい　□情緒障がい　□情緒・LD/ADHD等 | □知的障がい　□自閉症･情緒□肢体不自由　□弱視　□難聴　　□病弱 | □知的障がい 　□肢体不自由 　□病弱 　□視覚 　□聴覚 | 　□ | 医療的ケアの希望□有り |
| Ｈ 年 　月 　日 |
| ５ | （　　　　　　　　） | 　　年 | □難聴　□言語障がい　□情緒・LD/ADHD等 | □知的障がい　□自閉症･情緒□肢体不自由　□弱視　□難聴　　□病弱 | □知的障がい 　□肢体不自由 　□病弱 　□視覚 　□聴覚 | 　□ | 医療的ケアの希望□有り |
| Ｈ 年 　月　 日 |

 ※1該当する部分にチェックをしてください。

※2「通常の学級」は、①医ケアのみの希望がある場合、②現在特別支援学級（知的を除く）や特別支援学校に在籍する児童生徒が、通常の学級への学籍異動を希望している場合にのみチェックすることができます。

※今回申込み用紙を提出する児童・生徒について全て記載してください。