

令和7年度

就学相談申込票B

申込番号	面接番号

次のとおり、川崎市総合教育センターによる就学相談を申し込みます。

記載年月日	月 日	申込票受理日	月 日	受付担当者	
ふりがな	お子さんとの関係			相談・通園した療育センター	<input type="checkbox"/> 南部地域 <input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 西部地域 <input type="checkbox"/> 北部地域 <input type="checkbox"/> 利用なし
申込者の名前	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()				
ふりがな	性別	生年月日		電話の優先順 (①・②)	通じやすい時間帯 (午前・昼・午後・夕方)
お子さんの名前		西暦20 年 月 日生			
住所	〒	連絡先	①ご自宅電話番号		②携帯電話番号
連絡先等	区				
現在通っているところ	療育センター	組	週	日	担任
	保育園/幼稚園	組	週	日	担任
	児童発達支援事業所	組	週	日	担任
学区小学校名	小学校	見学	見学済	見学予定	予定なし
就学にあたって心配なこと・相談したいこと	転居予定 無 有 有の場合転居予定先住所 ()				
現在検討している学級・学校種	検討している学級・学校種に○をつけてください 通常の学級又は特別支援学級 特別支援学級 ※通常の学級のみをお考えの場合は、小学校での個別の教育相談後、必要に応じてお申し込みください。 検討している学級・学校種についてお考えがあればお書きください。				
来所について	車での来所希望 (有 無)	相談時の分離について	不安が (有 無)		原則として別室ですが、分離の不安が高い場合は同室で面接します。
初回面接日	月 日 ()	午前・午後	時より	担当者	
備考					

※裏面も記入してください

ふりがな							
お子さんの名前							
就学相談の 日程について	都合の悪い時間帯に×を つけてください	月	火	水	木	金	
		AM					
	PM						
その他の希望（ *基本的に日にちや時間の指定はできません）							
*希望日を記入するものではありませんので、注意してください。 *原則川崎区・幸区・中原区にお住まいの方は塚越相談室、高津区・宮前区・多摩区・麻生区にお住まいの方は溝口相談室になります。							
<p>【同意欄】</p> <p>①必要に応じて、総合教育センター相談室が、療育センター・幼稚園・保育園等でお子さんの様子を観察すること ②必要に応じて、総合教育センター相談室が、療育センター・児童相談所等へ検査結果を請求すること ③必要に応じて、総合教育センター相談室が、就学先の学校等と連絡を取り合うこと ④1年以内に転居した場合、転居先の自治体からの依頼に応じて就学相談関連資料を提供すること</p> <p>就学相談を行う上で上記①～④のことについて（同意する ・ 同意しない）</p> <p style="text-align: center;">20 年 月 日 保護者名</p>							

* 就学相談を行う上で必要とした個人情報については、就学相談及び就学先決定以外の目的で使用することはありません。
* 就学相談時の資料は、就学後5年間保存した後、廃棄します。

次のとおり、川崎市総合教育センターによる就学相談を申し込みます。

記載年月日	○ 月 ○ 日	申込票受理日	月 日	受付担当者		
ふりがな	まるまる まるまる		お子さんとの関係		相談・通園した療育センター □南部地域 □中央 □西部地域 ■北部地域 □利用なし	
申込者の名前	●● ●●		<input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()			
ふりがな	まるまる まるまる		性別	生年月日		
お子さんの名前	○○ ○○		男	西暦20●●年 ○月 ○日生		
住所 連絡先等	〒123-4567 ○○ 区 ○町1-2-3		連絡先	①ご自宅電話番号		電話の優先順
				123-4567		①・②
		②携帯電話番号		通じやすい時間帯		
		123-4567-8910		(午前・昼・午後・夕方)		
現在通っているところ	療育センター		○○組	週 ● 日	担任	
	○○○ 保育園(幼稚園)		○○組	週 ● 日	担任 川崎先生	
	児童発達支援事業所		○○組	週 ● 日	担任	
学区小学校名	○○○ 小学校	見学	見学済	<input checked="" type="checkbox"/> 見学予定	転居予定 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合転居予定先住所 ()	
就学にあたって心配なこと・相談したいこと	自分の気持ちが伝えられず、気持ちが伝わらないとかんしゃくを起こす。 集団行動が苦手で、一人で遊ぶことが多い。					
現在検討している学級・学校種	検討している学級・学校種に○をつけてください					
	<input checked="" type="checkbox"/> 通常の学級又は特別支援学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級					
	※通常の学級のみをお考えの場合は、小学校での個別の教育相談後、必要に応じてお申し込みください。 検討している学級・学校種についてお考えがあればお書きください。 保育園では個別に先生がついてサポートをしてもらっている。通常の学級を考えているが、場合によっては特別支援学級の方がよいのか、とても迷っている。					
来所について	車での来所希望 (<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	相談時の分離について	不安が (<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	原則として別室ですが、分離の不安が高い場合は同室で面接します。		
初回面接日	月 日 ()	午前・午後	時より	担当者		
備考						

※裏面も記入してください

ふりがな	まるまる まるまる
お子さんの名前	〇〇 〇〇

記入例

就学相談の日程について	都合の悪い時間帯に×をつけてください		月	火	水	木	金
		AM	×			×	
		PM					
その他の希望（ ） ＊基本的に日にちや時間の指定はできません							
＊希望日を記入するものではありませんので、ご注意ください。 ＊原則として川崎区・幸区・中原区にお住まいの方は塚越相談室、高津区・宮前区・多摩区・麻生区にお住まいの方は溝口相談室になります。							

【同意欄】

- ①必要に応じて、総合教育センター相談室が、療育センター・幼稚園・保育園等でお子さんの様子を観察すること
- ②必要に応じて、総合教育センター相談室が、療育センター・児童相談所等へ検査結果を請求すること
- ③必要に応じて、総合教育センター相談室が、就学先の学校等と連絡を取り合うこと
- ④1年以内に転居した場合、転居先の自治体からの依頼に応じて就学相談関連資料を提供すること

就学相談を行う上で上記①～④のことについて (同意する) ・ 同意しない

20●● 年 月 日 保護者名 ●● ●●

* 就学相談を行う上で必要とした個人情報については、就学相談及び就学先決定以外の目的で使用することはありません。
 * 就学相談時の資料は、就学後5年間保存した後、廃棄します。