

*申込番号、面接番号は記入不要です

申込番号

面接番号

20 年度

入級相談申込票

申込年月日		年 月 日	
ふりがな		子どもとの関係	
申込者 (あなたの名前)		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()	
子ども	ふりがな	性別	生年月日
	氏名		西暦20 年 月 日生 平成 満 歳 ヶ月
	園・学校	小・中・高 学校	年 組 担任氏名(可能な範囲で) 先生
住所 連絡先等	川崎区 幸区 中原区 高津区 宮前区 多摩区 麻生区	連絡先	①ご自宅・勤務先電話番号 電話の優先 (①・②) ②携帯電話番号 通じやすい (午前・昼・午後・夕方)
子どもの学校・ 家庭での様子	<input type="checkbox"/> 取り出し指導を受けている(週に 回) <input type="checkbox"/> 取り出し指導を受けていない 特別支援学級の見学について <input type="checkbox"/> 保護者が見学した <input type="checkbox"/> 本人が見学した <input type="checkbox"/> 見学の予定がある <input type="checkbox"/> 見学はしていない 特別支援学級の体験について <input type="checkbox"/> 体験をした <input type="checkbox"/> 体験の予定がある <input type="checkbox"/> 体験はしていない		
【同意欄】			
1 必要に応じて、総合教育センター相談室が、学校と情報共有をすることについて 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について 3 必要に応じて、総合教育センター相談室が、療育センター等関係機関の検査結果を用いて相談することについて 相談を行う上で上記1～3のことについて (同意する ・ 同意しない)			
年 月 日 保護者名 _____			
以下記入不要です			
初回面接日	月 日 ()	午前・午後	時より 受付面接 担当