事務連絡

令和○年○月○日

県立○○特別支援学校

　校長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　立○○学校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校長

特別支援学校専門相談員による検査等実施依頼申請書

本校の児童生徒に関して、専門相談員による検査を依頼します。

　検査実施後は、対象児童生徒に関して、検査結果等を具体的支援に生かすとともに、保護者の理解と協力のもと、個別の教育支援計画の作成及び活用を図りたいと考えております。

　何卒、検査の実施につきまして、ご配意いただけますようよろしくお願いいたします。

|  |
| --- |
| 検査実施に関する基礎情報及び保護者署名 |
| 児童生徒氏名 |  |
| 個別の教育支援計画の有無 |  |
| 学年組等（学級の種類） |  |
| 担任名 |  |
| 特別支援教育コーディネーター名 |  |
| 実施相談員名 |  |
| 実施検査名※（整理No　　　　　） |  |
| 検査目的 |  |
| 検査実施日 |  |
| 以上について了承します。令和４年○月○日　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　 |

※特別支援学校専門相談員の所属長宛て提出ください。

※提出は検査実施の７日以上前とし、特別支援学校長の承認を得て実施となります。

※依頼校校長は、この申請書の写しを市町教委から所管教育事務所に提出ください。

※幼児児童生徒の就学に係る検査（特別支援学級への在籍替え、通級指導教室対象者としての審査資料を含む）には対応できません。医療機関や市町が設置する発達相談センター等で実施してください。

※検査の種類を問わず１回の検査ごとに申請ください。

※保護者の署名は必ず必要となります。

※実施検査名※（整理No　　　　　）は、特別支援学校での事務処理用です。

※各特別支援学校から、依頼校に実施についての連絡があります。