事務連絡

令和　年　月　日

石川県立盲学校

　校長　東　智津子 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 |  |
| 在籍学年組等（学びの場） |  |
| 担任名 |  |
| 特別支援教育コーディネーター名 |  |
| 検査を行う専門相談員名 |  |
| 実施検査名 |  |
| 検査目的  ※就学先及び学びの場の変更を検討資料とする際も明記すること |  |
| 以上について了承します。  令和　年　月　日　保護者署名 | |

※検査のみを目的とした申請はできません。対象児童生徒に対して、専門相談員派遣を依頼し、専門相談員による対象児童生徒の授業参観、担任等との話し合いを実施願います。

※特別支援学校専門相談員の所属長宛て提出願います。

※特別支援学校専門相談員の所属長の承認を得て実施となります。

※検査の種類を問わず１回の検査ごとに申請願います。

※盲学校の視覚、ろう学校の聴覚に関する測定・検査は除きます。

※保護者の署名は必ず必要となります。

※専門相談員から、依頼校に実施についての連絡があります。

事務連絡

令和　年　月　日

石川県立盲学校

　校長　東　智津子 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　園

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　園長

特別支援学校専門相談員による検査等実施依頼申請書

本園の児童に関して、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、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 | |
| 幼児氏名 |  |
| 教育支援計画の有無 |  |
| 組等 | （　　歳児クラス） |
| 担任名 |  |
| 特別支援教育コーディネーター名 |  |
| 検査を行う専門相談員名 |  |
| 実施検査名 |  |
| 検査目的  ※就学先及び学びの場の変更を検討資料とする際も明記すること |  |
| 以上について了承します。  令和　年　月　日　保護者署名 | |

※検査のみを目的とした申請はできません。対象児童生徒に対して、専門相談員派遣を依頼し、専門相談員による対象児童生徒の授業参観、担任等との話し合いを実施願います。

※特別支援学校専門相談員の所属長宛て提出願います。

※特別支援学校専門相談員の所属長の承認を得て実施となります。

※検査の種類を問わず１回の検査ごとに申請願います。

※盲学校の視覚、ろう学校の聴覚に関する測定・検査は除きます。

※保護者の署名は必ず必要となります。

※専門相談員から、依頼園に実施についての連絡があります。

事務連絡

記入例

令和　年　月　日

石川県立盲学校

　校長　東　智津子 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○立○○小学校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校長　市町　太郎

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 | **鞍月　学指** |
| 個別の教育支援計画の有無 | **無し** |
| 在籍学年組等（学びの場） | **３年２組（通常の学級）** |
| 担任名 | **小学　教育** |
| 特別支援教育コーディネーター名 | **特別　支援** |
| 検査を行う専門相談員名 | **特支　専門** |
| 実施検査名 | **WISC-Ⅳ知能検査** |
| 検査目的  ※就学先及び学びの場の変更を検討資料とする際も明記すること | **・読むことや書くことに困難があり、具体的な支援策の検討をするため**  **・ＬＤ等通級指導教室の利用を検討する資　料とするため** |
| 以上について了承します。  令和５年５月８日　保護者氏名　**鞍月　特支** | |

※検査のみを目的とした申請はできません。対象児童生徒に対して、専門相談員派遣を依頼し、専門相談員による対象児童生徒の授業参観、担任等との話し合いを実施願います。

※特別支援学校専門相談員の所属長宛て提出ください。

※特別支援学校専門相談員の所属長の承認を得て実施となります。

※検査の種類を問わず１回の検査ごとに申請ください。

※盲学校の視覚、ろう学校の聴覚に関する測定・検査は除きます。

※保護者の署名は必ず必要となります。

※専門相談員から、依頼校に実施についての連絡があります。