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２年○月○日　保護者氏名　　　　　　　　　　　　印 | |

※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。

※保護者の署名と押印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。

事務連絡

令和○年○月○日

県立○○特別支援学校

　校長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○保育園

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

本園の幼児に関して、専門相談員による検査を依頼します。

　検査実施後は、対象幼児に関して、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 |  |
| 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２年○月○日　保護者氏名　　　　　　　　　　　　印 | |

※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。

※幼児の就学に係る検査には、専門相談員は対応することができません。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。

※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。

※保護者の署名と押印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。

事務連絡

記入例

令和○年○月○日

県立○○特別支援学校

　校長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○町立○○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** |
| 学年組等（学級の種類） | **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** |
| 実施相談員名 | **特支　専門** |
| 実施検査名※（整理No　　　　　） | **WISC-Ⅳ知能検査** |
| 検査目的 | **書字において文字形態を正確に出力することが難しく、抽象的な視覚情報の処理について認知面でのアセスメントが必要である。** |
| 検査実施日 | **令和２年５月２７日（月）** |
| 以上について了承します。  令和２年５月８日　保護者氏名　**鞍月　特支**　　印 | |

※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。

※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。

※保護者の署名と押印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。