

事務連絡
令和 年 月 日

石川県立七尾特別支援学校長 様

〇〇立〇〇小学校長
校長 〇〇 〇〇

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、ご配慮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 ^{ふりがな} 氏名 (生年月日)	〇〇 〇〇 (H・R 〇年 〇月 〇〇日生)
個別の教育支援計画の有無	作成してある ・ <u>これから作成する</u>
在籍学年組等 (学びの場)	〇年 〇組 (通常の学級)
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 ※ (整理No)	WISC-III 発達検査 ・ WISC-IV 発達検査
検査目的 ※就学先及び学びの場の変更を検討する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(具体的な姿を記載)、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。
検査実施日	令和 年 月 日
以上について了承します。 令和 年 月 日 保護者署名 _____	

※七尾特別支援学校の学校長宛で作成してください。(※相談員【親展】へ郵送する)

※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育委員会に提出してください。

※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、担任などとの話し合いを実施願います。

※検査の種類を問わず1回の検査ごとに申請ください。

※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。