|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式１（保護者→在学校→教育委員会） | | | | | | | | | | | | |
| 〔保護者記入欄〕 | | | | | | | | | | | | |
| 通級による指導（特別支援教室）申込書 | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 北九州市教育委員会　様  秘 | | | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名　　　　　　　　　　　続柄（　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | 男  ・  女 | 生年月日  （年齢） | 平成  　　年　　月　　日  （　　歳　　月） | | | | 学校名 | | 学校 |
| 本人氏名 |  | | | 年　　組 |
| 住　所 | （〒　　　ー　　　　）  　　　　　　区 | | | | | | | 連絡  方法 | （　）電　話 （　）携　帯 （　）その他  ＊日中つながりやすい順番を記入してください。 | | | |
| これまでの様子  及び  通級による指導  で、改善・克服  してほしい点 | | ※　生活面・学習面で気になることをお書きください。 | | | | | | | | | | |
| 通級による指導  の希望先  ※　○を記入 | | （　　）難聴・言語 | （　　）弱視 | | | | （　　）自閉症・情緒 | | | | （　　）LD・ADHD | |
| ＜主な指導内容＞  ○補聴器等の管理に関すること  ○聴覚の活用に関すること  ○言語概念の形成  ○発音・発語の指導　　　　　　　等 | ＜主な指導内容＞  ○視覚補助具（単眼鏡・ルーペ等）の活  　用  ○視覚認知  ○目と手の協応　　　　　　　　　等 | | | | ＜主な指導内容＞  ○円滑なコミュニケーション  ○適切な対人関係  ○心理的な安定  ○行動の調整　　　　　　　　　　等 | | | | ＜主な指導内容＞  ○聞く・話す・読む・書く・計算する・  推論すること  ○不注意によるミスを減らすこと  ○行動の調整　　　　　　　　　　等 | |
| これまでに、相談・判断・診断・治療等を受けた病院・相談機関等  ※　該当するものに〇を記入 | | （　　）特別支援教育相談センター  　・教育相談　　　年度  　・就学相談　　　年度  　・通級相談　　　年度  　・早期相談　　　年度  （　　）特別支援学校（　　　　　　特別支援学校）  （　　）総合療育センター  （　　）発達障害者支援センター「つばさ」 （　　）障害福祉センター （　　）子ども総合センター（児童相談所）  （　　）教育支援室（　　　　　　　　教育支援室）  （　　）病院（　　　　　　　　　　　　　　病院）  （　　）放課後等デイサービス（　　　　　　　　）  （　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | 治療・相談の内容 | | | |
|  | | | |
| 診断・判断の有無 | | | |
| ・診断・判断  ・診断・判断を受けた機関・時期  （機関名：　　　　　　　　　　）  （時　期：　　　　年　　　月頃） | | | |
| 個人情報の使用承認  ※　どちらかに○を記入 | | 上記病院・相談機関等における個人資料の使用を  （　　　）認める　・　（　　　）認めない | | | | | | | | | | |
| 通級による指導の相談会希望日 | | 相談会参加希望について、第１希望から第５希望までの順位を（　）にご記入ください。（１～５の数字で記入）  ●　教育センター（八幡西区）  （　）10/7㈫ （　）10/8㈬ （　）10/9㈭ （　）11/20㈭  ●　特別支援教育相談センター（小倉南区）  （　）上記以外の平日（9:00～16:30）＊備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |

管理職との面談日（　　　　月　　　　日　）　　　　　　　　　＊記入が終わりましたら、学校にご提出ください。