|  |
| --- |
| 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６希望までの順位を（　）にご記入ください。（１～６の数字で記入）●　教育センター（八幡西区）（　）８/３０（金） （　）９/１８（水） （　）１０/１６（水） （　）１０/ ３０（水） （　）１１/１９（火）●　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。

|  |
| --- |
| 様式１（在学校→教育委員会）　 |
| 〔学校記入欄〕　秘 |
| 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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | 　　　年　　組 | ふりがな |  | 平成　 年　 月　 日生 |
| 本人氏名 |  |
| 心理発達検査等の記　　録 | 実施年月日 | 検査等の名称・結果（検査実施機関名） |
| 年　月　日 |  |
| 年　月　日 |  |
| 学校での様　　子 | ◇　学習面で困っていること◇　集団参加・対人関係で困っていること保護者面談日（　　月　　日　）　　　　記入者氏名（　　　　　　　　　）担任・担任外 |
| 個別の指導計画作成に基づく取組や校内支援体制 | ◇　校内委員会での取組を記入してください。 |
| 校長の所見 |  |

学校長氏名（自署）

　　　　　　　　　＊自署の場合は公印省略可

電　　　　　　話　　　　　　－

※　様式1〔保護者記入欄〕、通級による指導（特別支援教室）申込者参考資料をあわせて、北九州市立特別支援教育相談センターにご提出ください。

〒802-0803　北九州市小倉南区春ケ丘10番2号（TEL　９２１－２２３０）

申込書提出期限　令和6年7月31日（水）必着