

個別の就学相談申込書

(5 月 19 日 記入)

ふりがな	ようせ たろう	住所(〒 261 - 0003)
子どもの 名前	養瀬 太郎 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	千葉市 美浜 区 高浜3-2-3 (高浜海浜 小学校区)
生年月日	令和 2 年 9 月 9 日	保護者名 養瀬 華子
所属している教育・保育施設名	ようご幼稚園 (クラス ひまわり)	電話番号 *つながりやすい番号の□にレをつける 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯① <input checked="" type="checkbox"/> 090-1234-5678 (母) 携帯② <input type="checkbox"/> 090-8765-4321 (父)

*該当する□にレをご記入ください。(わかる範囲で構いません。)

① 発育・発達の相談をしている医療機関 (名称: ようご 病院/クリニック)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 科) 受診予定: 月 日
② 医師の診断書	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
③ 発達検査(予定も含めて)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (8 月 10 日 検査機関: 療育センター)
④ 継続して療育を相談している機関	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 保健福祉センター (<input type="checkbox"/> 花見川区・ <input type="checkbox"/> 美浜区・ <input type="checkbox"/> 稲毛区・ <input type="checkbox"/> 中央区・ <input type="checkbox"/> 若葉区・ <input type="checkbox"/> 緑区) <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input checked="" type="checkbox"/> 療育センター <input type="checkbox"/> 大宮学園 <input type="checkbox"/> 発達障害者支援センター <input type="checkbox"/> こども発達相談室 <input type="checkbox"/> 民間(名称:) <input type="checkbox"/> その他()
⑤ 手帳の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳 (判定 B の I) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級 種) <input checked="" type="checkbox"/> その他(精神手帳 3級) <input type="checkbox"/> なし
⑥ 希望している就学先	<input type="checkbox"/> 通常の学級 <input checked="" type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校

現時点で希望している就学先に
チェックをつけてください。チェックの入れ忘れに
ご注意ください。

*上記の個人情報に関しては就学相談の目的以外には使用いたしません。

千葉市養護教育センター 宛

- (1) 必要に応じて就学支援委員会の会議を受けることを希望します。 希望する 希望しない
- (2) 相談の過程において、療育機関等から情報共有をすることを承諾します。 承諾する 承諾しない
- (3) 作成された個人票を就学先の学校等と共有することを承諾します。 承諾する 承諾しない

令和 8 年 5 月 19 日 保護者氏名 養瀬 華子

【郵送先】〒261-0003 千葉市美浜区高浜3-2-3 千葉市養護教育センター 就学相談担当 宛
【お問合せ】千葉市養護教育センター 就学相談担当まで 電話 043-277-1199

参観・個別の就学相談 申込書

ようご幼稚

園・所

お子様の名前

養瀬 太郎

参観を希望します

(高浜海浜 小学校区)

特別支援学級または特別支援学校の参観希望 (複数可)

希望する ()特別支援学級 ()

※ 原則、学区の小学校の特別支援学級を参観していただきます。

※ 学区の小学校に特別支援学級が設置されていない場合は、
個別に相談いたします。特別支援学校 ()希望しない ()

個別の相談について

1 曜日指定がある方は○をつけてください

月 () 火 () 水 () 木 () 金 () いつでもよい ()

2 希望時間帯がある方は○をつけてください

午前 () 午後 () いつでもよい ()

3 お子様の活動の希望がある方は○をつけてください ※ご希望に添えない場合もございます

個別 () グループ () どちらでもよい ()

4 小学校入学後、ことばやきこえの教室を入級希望

あり () なし ()

5 どのようなことを相談したいですか (簡単にお書きください)