*区名	*番号
花・美・稲 中・若・緑	

個別の就学相談申込書

(月 日 記入)

ふりがな		住所(〒 -) 千葉市 区 (小学校区)
子どもの 名前	☐ 男 ☐ 女	
生年月日	平成 年 月 日 令和	保護者名
所属している教育・保育施設名 (クラス)		電話番号 *つながりやすい番号の□にレをつける 自宅 ☐ 携帯① ☐ () 携帯② ☐ ()

*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 あり なし
(名称: 病院/クリニック 科) 受診予定: 月 日
- ② 医師の診断書 あり なし
- ③ 発達検査(予定も含めて) あり なし (月 日 検査機関:)
- ④ 継続して療育を相談している機関 あり なし
保健福祉センター (花見川区・美浜区・稲毛区・中央区・若葉区・緑区)
児童相談所
療育センター 大宮学園 発達障害者支援センター
民間(名称:)
その他()
- ⑤ 希望している就学先 通常の学級 特別支援学級 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。

*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。

千葉県養護教育センター 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 年 月 日 保護者氏名

お問い合わせ・郵送先

〒261-0003 千葉県美浜区高浜 3-2-3 千葉県養護教育センター 就学相談担当宛 (電話: 043-277-1199)

*区名	*番号
花・美・稲	
中・若・緑	

参観・個別の就学相談 申込書

園・所 お子様の名前

参観を希望します

(小学校区)

特別支援学級または特別支援学校の参観希望 (両方希望も可)

希望する()

特別支援学級()

※ 原則、学区の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()

個別の就学相談を希望します

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 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()

4 個別の就学相談で、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)

お問い合わせ・郵送先