出願前教育相談票

|  |  |
| --- | --- |
| 所属校 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 志願者 | 氏　名 | （ふりがな） | 保護者 | 氏　名 | （ふりがな） |
| 住　所 |  | 住　所 |  |
| 在籍学級 |  通常 ・ 特別支援学級（知的・情緒・その他（　　　　　　　　　　　　）） その他（　　　　　　　　　　） 　※いずれかを○で囲み、「その他」の場合は記載 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 療　育　手　帳 |  有 （　 Ａ　・ 　Ｂ 　） 取得予定（ 令和７年　　月頃 ） 無　　→右欄に知的障害があることを証明する医師からの診断名を記載すること | 医師からの診断名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 進路希望 | （現時点での高等支援学校等卒業後の進路希望） |