

就学支援委員会審議依頼書

西東京市教育委員会 様

令和 年 月 日

保護者

このことについて、下記のとおり依頼します。

記

1 園児・児童・生徒氏名

(ふりがな)	男 ・ 女
--------	-------

2 在籍園・学校・学級

幼稚園・保育園	組
小・中学校	年 組

3 希望する通級・学校（該当するものに○をつける）

☐	通常の学級	☐	都立石神井特別支援学校（知的）
☐	ことばの教室	☐	都立大泉特別支援学校（肢体）
☐	通常の学級・特別支援教室利用（小）	☐	都立小平特別支援学校（肢体・病弱）
☐	通常の学級・特別支援教室利用（中）	☐	都立久我山青光学園（視覚）
☐	特別支援学級A学級（小）	☐	都立大塚ろう学校（聴覚）
☐	特別支援学級B学級（小）	☐	都立立川学園（聴覚）
☐	特別支援学級I学級（中）	☐	
☐	特別支援学級J学級（中）	☐	

①面接票②実態把握票③医師診察記録④相談資料⑤実施した諸検査の結果等を在籍校、就学（転学・入級）する学校、学級に送付することに承諾します。

保護者氏名

令和 年 月 日

受付者 _____