

記入日 令和 年 月 日

## 個別検査実施申請書

F A X ・ メール不可

申請日	令和 年 月 日 ( )
所属 (学校)	
申し込み担当者	
担任氏名	
検査を受ける人	よりがな 氏名 ( ) 年
	生年月日 平成 年 月 日
検査目的 該当項目にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 特性を理解し、支援方法を探るため <input type="checkbox"/> 市町村教育支援委員会に提出するため <input type="checkbox"/> 医療機関からの依頼 <input type="checkbox"/> その他 ( )
検査報告	<input type="checkbox"/> 保護者に報告 (教育相談を兼ねる) <input type="checkbox"/> 担任, 学校関係者に報告 (要保護者許可)
保護者氏名 検査の事前説明 承諾の有無	(保護者 自著) 氏名  検査の事前説明 (実施済み・未実施), 承諾 (有・無)
検査実施日	令和 年 月 日 ( )
検査名 ※	
検査実施および責任者 ※	伊那支援学校
報告日 ※	令和 年 月 日 ( )
その他 ※	

「検査実施日」にはお約束した日付を入れてください。

※は、伊那支援学校が記入する欄です。未記入のままご提出ください。