記入日　　　令和　　　年　　　月　　　日

個別検査実施申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　**ＦＡＸ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 | （　　）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 | □特性を理解し、支援方法を探るため  　□市町村教育支援委員会に提出するため  　□医療機関からの依頼  　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 検査報告 | □保護者に報告（教育相談を兼ねる）  　□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  ※ | 伊那養護学校 |
| 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、伊那養護学校が記入する欄です。未記入のままご提出ください。