



学校見学 受付カード

伊那養護学校 小学部・中学部

見学日： 令和 年 月 日

対応者： _____

※今後の相談や連絡等の資料とさせていただきます。また、カードは伊那養 HP からダウンロードできます。

↓保護者の方がご記入ください。また□に✓チェックをお願いします。

ふりがな		性別	生年月日		年齢
児童生徒氏名			□平成 □令和	年 月 日	歳
保護者氏名	続柄 ()	電話番号	- - ()		
	続柄 ()		- - ()		
現住所	〒		外国籍等の方	国名	
療育手帳	□なし □あり (A1 A2 B1 B2)	その他の手帳	□なし	□身体障害者手帳 (種 級) □精神保健福祉手帳 (級)	
診断名	※差し支えない範囲で結構です。				
福祉サービス等の利用	□児童発達 () □放課後デイ () □その他 ()				
医療的ケアや除去食等、必要な配慮についてお書きください。					
通学方法その他でご心配なことがありましたらお書きください。	スクールバスを □希望する □希望しない □検討中				
□私（保護者）は見学や体験の際に知りえた個人情報（児童生徒の名前等）について一切口外しません。					

↓園・学校または市町村担当者の方がご記入ください。

園名 学校名		□年少 □年中 □年長 () 学年	□知障学級 □自情障学級 □通常学級 □他()
所属長 氏名	電話 番号	担任 氏名	□担当 □加配
見学に来られた方	□本人 □父 □母 □市町村担当者 () □園長 □担任 □その他 ()		
□小学校（中学校）の特別支援学級を見学済み □今後見学の予定がある □見学の予定はない			

※学校使用欄

見学日： 令和 年 月 日

対応者： _____

※Please write in Japanese, even if it's in the alphabet.日本語でご記入ください（アルファベット可）

↓ Parent's section 保護者が記入してください。

Please check

Furigana			Sex	Date of Birth		Age
Name (Child)				Year /	Month /	Day
Name (Parents)	Relationship ()		Tel.	-	-	()
	Relationship ()			-	-	()
Address	〒			Foreigner 外国籍	Country 国名	
Rehabilitation Certificate 療育手帳	<input type="checkbox"/> None なし <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2		Others 其他の手帳	<input type="checkbox"/> Physical disability recordbook 身体 Type () 種 Label () 級 <input type="checkbox"/> Health benefits recordbook for the Mentally III 精神 Label () 級		
Diagnosis 診断名	※As far as it's all right with you.					
Welfare services 福祉サービスの利用						
Necessary medical treatments, Allergy etc. 医療的ケア・アレルギー等						
Transportation to school 通学手段について	スクールバス希望 Use of school bus. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> We will never disclose any personal information that we learn during school visits. 私は見学や体験の際に知りえた個人情報（児童生徒の名前等）について一切口外しません。						

↓ 園・学校または市町村担当者の方がご記入ください。 Please have the nursery or school write it.

園名 学校名			<input type="checkbox"/> 年少 <input type="checkbox"/> 年中 <input type="checkbox"/> 年長 () 学年	<input type="checkbox"/> 知障学級 <input type="checkbox"/> 自情障学級 <input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 他()
所属長 氏名	電話 番号	担任 氏名		<input type="checkbox"/> 担当 <input type="checkbox"/> 加配
見学に来られた方	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 市町村担当者〔 _____ 〕 <input type="checkbox"/> 園長 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> その他〔 _____ 〕			
<input type="checkbox"/> 小学校（中学校）の特別支援学級を見学済み <input type="checkbox"/> 今後見学の予定がある <input type="checkbox"/> 見学の予定はない				

※学校使用欄

学校見学 受付カード

伊那養護学校小学部・中学部

見学日： 令和 年 月 日

対応者： _____

※Por favor, escreva em japonês, mesmo que esteja no alfabeto.日本語でご記入ください（アルファベット可）

↓ Se çã o dos pais 保護者が記入してください。

Por favor, verifique

Furigana			Sexo	Data de nascimento 生年月日	Anos
Nome 児童 (Criança)				Ano / Mês / Dia	
Name (Responsáveis) 保護者	Relação ()	Tel.	- - ()		
	Relação ()		- - ()		
Endereço 住所	〒		Estrangeiro 外国籍	País 国名	
Certificado de Reabilitação 療育手帳	<input type="checkbox"/> Sem なし <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2		Others その他の 手帳	<input type="checkbox"/> Carteira de port. Deficiência física 身体 Tipo () 種 Nível () 級 <input type="checkbox"/> Carteira de assist. Social e Saúde do port. Dist. Mental 精神 Nível () 級	
Diagnóstico 診断名	※Se você não se importa.				
Serviços de bem-estar 福祉サービスの利用					
Tratamentos médicos necessários, Alergias etc. 医療的ケア・アレルギー等					
Transporte para a escola 通学手段について	スクールバス希望 Uso de ônibus escolar. <input type="checkbox"/> Sim はい <input type="checkbox"/> Não いいえ				
<input type="checkbox"/> Nunca divulgaremos nenhuma informação pessoal que descobriremos durante as visitas escolares. 私は見学や体験の際に知りえた個人情報（児童生徒の名前等）について一切口外しません。					

↓ 園・学校または市町村担当者の方がご記入ください。 Por favor, peça para a creche ou escola escreverem.

園名 学校名			<input type="checkbox"/> 年少 <input type="checkbox"/> 年中 <input type="checkbox"/> 年長 () 学年	<input type="checkbox"/> 知障学級 <input type="checkbox"/> 自情障学級 <input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 他()
所属長 氏名	電話 番号		担任 氏名	<input type="checkbox"/> 担当 <input type="checkbox"/> 加配
見学に来 られた方	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 市町村担当者 () <input type="checkbox"/> 園長 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 小学校（中学校）の特別支援学級を見学済み <input type="checkbox"/> 今後見学の予定がある <input type="checkbox"/> 見学の予定はない				

※学校使用欄