

(様式1)

所見発行申請書

(特別支援学級入級, 特別支援学校入学・転学用)

対象の 幼児児童生徒	ふりがな 氏名		性別 男・女
	生年月日	平成 年 月 日生	(満 歳)
	園・学校名 (本年度の在籍を記載)	立	園 (年 長) 学校 () 学年
	ふりがな 保護者氏名		幼児児童生徒との 続柄 ()
	住所		
所見発行理由 (該当項に○)	<input type="checkbox"/> 知的障害特別支援学級入級検討 <input type="checkbox"/> 自閉症・情緒障害特別支援学級入級検討 <input type="checkbox"/> 知的障害特別支援学校入学・転学検討		
上記の所見を発行することに、同意いたします。			
令和 年 月 日 保護者氏名 () 印			
上記の理由により、所見の発行をお願いいたします。			
令和 年 月 日 山梨県総合教育センター所長 殿 () 教育委員会教育長 印			

※ 太枠内は、保護者をご記入ください。