

# 学 校 見 学

- ・下の各項目についてご記入いただき、学校見学当日にご持参ください。
- ・（※）のある項目は、学校見学当日に当方で記入いたします。

（※）相談日	令和 年 月 日	（※）担当者	
ふりがな 児童生徒氏名		生年月日	年 月 日生
ふりがな 保護者氏名		続 柄	
住 所	〒  TEL < > -		
原籍校名		学 年	年
(1) 診断名または心身の状態		(3) 治療歴	
(2) 病院・主治医		(4) 教育歴・支援歴	
(5) 身体障害者手帳 : 1 , 2 , 3 , 4 , 5 , 6 級 (交付 : ) 療 育 手 帳 : A 1 , A 2 , B 1 , B 2 (交付 : ) 精神障害者福祉手帳 : 1 , 2 , 3 級 (交付 : )			