

県立〇〇特別支援学校

校長 様

〇〇立〇〇小学校

校長 市町 太郎

令和 8 年度 特別支援学校専門相談員による検査等実施依頼申請書

本校の児童生徒に関して、専門相談員による検査を依頼します。

検査実施後は、対象児童生徒に関して、検査結果等を具体的支援に活かすとともに、保護者の理解と協力のもと、個別の教育支援計画の作成及び活用を図りたいと考えております。

何卒、検査の実施につきまして、ご配慮いただけますようよろしくお願いいたします。

検査実施に関する基礎情報及び保護者署名	
児童生徒氏名	鞍月 学指
個別の教育支援計画の有無	無し
在籍学年組等（学びの場）	3年2組（通常の学級）
担任名	小学 教育
特別支援教育コーディネーター名	特別 支援
検査を行う専門相談員名	特支 専門
実施検査名	WISC-IV知能検査
検査目的 ※就学先及び学びの場の変更の検討資料とすることも含めて明記すること	・読むことや書くことに困難があり、具体的な支援策の検討をするため ・LD等通級指導教室の利用を検討する資料とするため
以上について了承します。 令和 8 年 5 月 8 日 保護者氏名 <u>鞍月 特支</u>	

※検査のみを目的とした申請はできません。対象児童生徒に対して、専門相談員派遣を依頼し、専門相談員による対象児童生徒の授業参観、担任等との話し合いを実施願います。

※特別支援学校専門相談員の所属長宛て提出ください。

※特別支援学校専門相談員の所属長の承認を得て実施となります。

※検査の種類を問わず1回の検査ごとに申請ください。

※盲学校の視覚、ろう学校の聴覚に関する測定・検査は除きます。

※保護者の署名は必ず必要となります。

※専門相談員から、依頼校に実施についての連絡があります。