**県立加治木特別支援学校　令和５年度　学校見学会（小・中学部）参加申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | 性別 | 生　年　月　日 |
| お子さんの氏名 | |  | | | 男・女 | 平成・令和　　　年　 　月　　 日  （　 歳） |
| 保護者氏名 | |  | | | TEL(　　　 )-(　　　　)-(　　　 　） | |
| 現　住　所 | | 〒（ 　 - ） | | | | |
| お子さんの所属  学年等 | | ・在宅  ・療育等（施設・関係団体名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・（　　　　　　　　）幼稚園・保育園（所）  ・（　　　　　　　　）小学校(　　 ) 年　【 通常学級 ・ 特別支援学級 】  ・（　　　　　　　　）中学校(　　 ) 年　【 通常学級 ・ 特別支援学級 】  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| お子さんの  主障害，病名等 | |  | | | | |
| 参加希望学　　部 | 小学部　　中学部 | | 参加者 | （　　）人〈　本人 ・ 保護者 ・ 他（ 　　）〉 | | |

※　療育機関や学校関係者が同伴される場合は，こちらに御記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 関係者  氏　名 |  | 所属名 |  |

※　学校見学会の参考としますので，お子さんへの配慮等が必要な場合は御記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身体面への  配　慮 | ○車いす等の使用（有・無）  ○経管栄養　　　（有・無）  ○胃ろう　　　　（有・無）  ○発　作　　　　（有・無） |  |
| 情緒面への  配　慮 |  | |

※　教育相談について，御記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ・希望する ・希望しない　 ・別日に希望する（希望日時：　月　 日　午前　・　午後） | |
| 相談したい内容 |  |

※　南九州病院との関わりについて御記入ください。

記入例：主治医〔○○Ｄｒ〕，内容〔訓練週○回，ＰＴ・ＯＴ・ＳＴ・・・など〕

|  |  |
| --- | --- |
| 南九州病院との関わり | 主治医〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  内容〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |

※　参加申込書に必要事項を御記入のうえ，７月３１日（月）までに，**直接または郵送でお申し込みください**。

※　今回知り得た個人情報につきましては，当該目的以外では使用しません。