

取扱注意

保護者記入用

令和 年 月 日

長崎市教育委員会教育研究所
所長 様

令和8年度就学相談申込書

令和8年度就学相談について、次のとおり申込みます。
なお、子どもの実態把握に伴う幼稚園・保育園(所)等での観察・情報提供、主治医等からの聞き取りについては、これを了承します。

ふりがな		性別		生年月日	令和 年 月 日
園児氏名					
ふりがな 保護者氏名 (代表)		園児との 続柄		父 ・ 母 ・ その他()	
現住所	〒 長崎市	自宅電話番号		番号 (園児との続柄)	
		携帯電話番号	第1連絡先 ()	第2連絡先 ()	
幼稚園・保育園(所)名		現住所の校区		小学校区	
就学先について、現時点での意向に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。(複数可)					
<input type="checkbox"/> 通級指導教室		<input type="checkbox"/> 特別支援学級		<input type="checkbox"/> 特別支援学校	
<input type="checkbox"/> 通級指導教室利用 <small>※ 通級指導教室とは、通常の学級に在籍しながら、週1時間程度、指導を受ける形態の特別支援です。</small> <input type="checkbox"/> きこえとことばの教室 <input type="checkbox"/> 迷っている		<input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 自閉症・情緒 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 病弱・身体虚弱 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 迷っている		<input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 病弱・身体虚弱 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 迷っている	
医療・療育機関の利用 無 / 有 (機関名)					
「令和8年度 就学相談についての説明会」に参加した はい / いいえ					
個別の就学 相談希望日時	6月16日(火)から、7月31日(金)までの土日・祝日を除く期間で第3希望までご記入ください。なお、決定は郵送でお知らせいたします。やむを得ずご希望に添えない場合もあります。ご了承ください。 ご記入の際は、下記の①~⑩もお選びいただき、番号を記入してください。(相談時間は約45分です。お子様同伴でお願いします。)				
	第1希望 月 日 (曜日) [番号]				
	第2希望 月 日 (曜日) [番号]				
	第3希望 月 日 (曜日) [番号]				
	午前→① 9:20~ ② 10:15~ ③ 11:10~ 午後→④ 13:10~ ⑤ 14:05~ ⑥ 15:00~ ⑦午前ならいつでもよい ⑧午後ならいつでもよい ⑨午前、午後のどちらでもよい(時間もいつでもよい) ⑩特に日時の指定はなく、教育研究所が提案する日時でよい				

提出締切:5月29日(金)必着