令和　　年　　月　　日

検査用紙使用申込書

須坂市教育委員会　様

〔申　込　者〕

学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校

校長名

職・氏名　(職)　　　　・（氏名）

下記のとおり検査用紙の使用を申し込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　記

【検査対象児童生徒】（※３名以上の場合は，お手数ですが複写願います）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ｎｏ | 氏　　　　名 | 学年 | 男女 | 検査目的 |
| 例１ | 須坂　太郎 | 来 | 男 | 教・就 | 市教育支援委員会提出書類作成のため |
| 例2 | 須坂　花子 | ３ | 女 | 教・就 | 校内教育支援委員会の結果、本児の認知特性を知り、校内体制を整えるために必要と判断したため |
| １ |  |  |  | 教・就 | 　 |
| ２ |  |  |  | 教・就 |  |
| ３ |  |  |  | 教・就 |  |

※教育相談･･･校内でできる支援を試し、検査結果を支援に活かすことを検討してから申し込むこと。

【使用検査用紙】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ｎｏ | 検査用紙名 | 必要部数 | 使用時期（月） |
| 例１ | WUSC-Ⅳ | 教　１ | 就　１ | 7月 |
| 例2 | SM社会生活能力検査 | 教　０ | 就　１ | 7月 |
| １ |  | 教　 | 就 |  |
| ２ |  | 教　 | 就　 |  |
| ３ |  | 教　 | 就 |  |
| ４ |  | 教　 | 就　 |  |
| ５ |  | 教　 | 就 |  |

※予算の関係上，すぐ手配できない場合がありますのでよろしくお願いします。