記号 第　 　　　　号

令和　　年　　月 　日

○○市（町村）教育委員会教育長　殿

○○小（中）学校長　　氏　名

通級による指導を受けることが必要な児童生徒について（通知）

上記のことについて，通級による指導を受けさせる必要があると認められるので下記のとおり通知いたします。

記

１　児童生徒氏名

２　性別

３　生年月日　　　　　　　　　　平成　年　月　日生（　　歳）

４　学年　　　　　　　　　　　　第　　学年

５　通級指導を希望する学校名　　茨城県立○○○学校

６　通級指導の希望開始日　　　　令和　年　月　日

７　理由

|  |
| --- |
| ※○この欄は，対象児童生徒の障害の状態について記入する。  又，資料として「就学指導の手引」ｐ51「様式２就学先変更資料」を添付す  ることが望ましい。  なお，対象児童生徒のプライバシー保護の観点から，取扱いには十分注意すること。 |