

通級指導学級（言語障害等）入級申込書

平成 年 月 日

稲城市教育委員会 殿

保護者氏名 _____ 印

下記の通り、通級指導学級（言語障害等）への入級を申し込みます。

ふりがな			
児童・生徒 氏名			性別 ()
生年月日	平成	年	月 日 () 歳
在籍校	稲城市立	小学校	年 組
			学級担任氏名
ふりがな			
保護者氏名			
住所	〒		
	電話番号 ()		

1. 入級を希望する理由

2. 療育や他機関の利用状況

(※療育や他機関への相談をしている方はお書きください。)