

令和 年 月 日

市川市教育委員会

保護者名

電話番号

依 頼 書

わたくしの子供の適切な就園・就学について、審議をお願いいたします。

記

ふりがな			
子どもの氏名			男 女
生年月日	平成・令和 年 月 日		
在籍校・園名 所在地 及び学年	幼稚園・保育園・こども園・小・中・義務教育学校		年 （ 歳児）
	所在地：〒 — 電話番号： ※市川市立各小・中学校は記入の必要がありません。		
ご自宅住所	〒 —		
希望種別	知的・肢体・視覚・聴覚・言語・情緒（通級）・情緒（固定）・通常		
希望就学先			
※市川市こども発達センターに来所経験が（ある・ない） （来所経験「ある」の方）発達センターとの情報共有を了承します <input type="checkbox"/>			

※以下、担当者が記入します。

※在籍校長園長名				
※調査員名 調査員所属校・園				
※医師名	(療育手帳：有・無)			
※検査者	(田中ビネー・WISC・行動)			