

## 中学部学校見学調査票

※誠に恐れ入りますが、次の各項目に記入いただき、学校見学当日に御持参ください。  
 ※児童（生徒）1名につき1枚使用してください。不足分はコピーしてください。

ふりがな 児童氏名 生徒氏名	
診 断 名	
所 属 校	
引率者氏名	保護者： ----- 担任の先生：
次のうち、所有されている「障害者手帳」に○をつけてください。 <input type="checkbox"/> 療育手帳（現在、申請中の方もここに○をつけてください。） <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 手帳は持っていない。	
本校中学部への進学希望について該当する項目に○をつけてください。 ※学校選択を現在検討中の場合は、複数回答してください。 <input type="checkbox"/> 次年度の進学を希望します。 <input type="checkbox"/> 地域の中学校（特別支援学級）に進学を希望します。 <input type="checkbox"/> 他の特別支援学校 中学部に進学を希望します。 <input type="checkbox"/> 情報収集の為に学校見学を希望します。	
学校見学時に確認したい・相談したいことがあれば、御自由にお書き込みください。	

※本票は、学校見学時のみの使用に限ることを固くお約束いたします。