

進路相談申し込み個票

相談予定日	年 月 日			①来校者			
ふりがな 氏 名				生年月日	性別 平成 年 月 日 ()		
②在籍校	学校中学部 () 分校・分教室／訪問教育			立	特別支援学級 () 中学校 通常学級 ()		
現住所	(番地不要)			電話 番号	()		
保護者	氏 名			③住 所	(番地不要)		
④手帳の有無	身体障害者手帳 級	療育手帳 A ・ B		取得見込 有 ・ 無			
⑤障害の程度				⑥視力	右	()	
					左	()	
				⑦聴力	右	()	
					左	()	
⑧知能 検査				()			
⑨身辺処理 移動							
⑩対人関係							
⑪学力 (知的理解)							
⑫登校の状況	欠席 日数	1年		2年		3年	理由
⑬本人・保護者 の考え	第1希望進路先 () 第2希望進路先 () 第3希望進路先 ()						
⑭在籍校担任 の意見							