（発達検査依頼様式）

　　学校第　　号

令和　年　月　日

嶺南教育事務所長　様

学校長

発達検査実施に伴う指導主事等の派遣について

　下記のとおり発達検査を実施したいので、貴所属の特別支援教育課　　　　の派遣をお願いします。

記

 １　日　　時 令和　年　月　日　　：　～

 ２　場　　所 　　学校

 ３　対象児童生徒 　年生　　名

 ４　目　　的 　　　（例）今後の指導に役立てるため

５　備　　考 対象児童生徒の詳細については，電話等でお知らせいたします。

 また，保護者は検査については了解済みです。

（発達検査依頼様式）

記入上の注意

＊電子データでの送付可能

●●学校第　　号

令和　年　月　日

嶺南教育事務所長　様

●●学校長　　●●　●●

＊公印省略可能

発達検査実施に伴う指導主事等の派遣について

　下記のとおり発達検査を実施したいので、貴所属の特別支援教育課 ●●●●の派遣をお願いします。

こちらには、派遣依頼対象者の氏名をご記入下さい。

（例）●●●●課長

　　　●●●●指導主事

児童生徒名は、記入しないでください。

（記入例）１年生　１名

　　　　　２年生　１名

＊同時期に複数名の児童(生徒)について検査を依頼する場合、上記のように連名で記載可です。

記

 １　日　　時 令和　年　月　日　　：　～

 ２　場　　所 ●●学校　●●

 ３　対象児童生徒 ●年生　●名

 ４　目　　的 　　　（例）今後の指導に役立てるため

５　備　　考 対象児童生徒の詳細については，電話等でお知らせいたします。

 また，保護者は検査については了解済みです。