|  |
| --- |
| 新潟大学附属特別支援学校通級指導教室申　込　用　紙 |
| 学校名学校長名 | 職印 |
| 学校の住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 特別支援教育コーディネーター名 |  | 学級担任名 |  |
| 希望する教室 | Bear Room　・ Together Room　　　（読み書き，計算等） 　　（人とのかかわり） ※中学生は，Together Roomのみの指導となります。 |
| 対象児童生徒学年・氏名等※令和６年度現在 | 　　　年 | 性別 | （ふりがな）氏　名 |
| 保護者・在籍校からの同意内容の確認* 同意いただき，項目に

☑を入れてください。 | * 保護者と在籍校担当者で，別紙「当校の発達障害通級指導教室について」（リーフレット）の内容を基に当教室の利用について確認しました。
* 当教室への送迎は，保護者が行います。
* 送迎に必要な交通費は，新潟市教育委員会からの就学奨励費を利用することができます。
* 当校の研究に関わって，指導の様子（写真や動画）を活用することや，毎年開催している「特別支援教育研究会」で，実践の発表や事例の報告に協力することに同意します。
 |