

(様式1) 申込書

通級による指導を希望する児童生徒

学 校 名	市・町・村立	学校
所 在 地	〒	
TEL・FAX	TEL () — FAX () —	
校 長 名	公印	
ふりがな 児童生徒名		
生年月日 (年齢)	年 月 日生 (歳)	
学 年	年	
学級担任名		
児童生徒の障がい等の程度、コミュニケーションの具体的様子 (把握されていることを記入してください)		
児童生徒の住所	〒	
ふりがな 保護者名		
保護者連絡先 (電話、FAX)	TEL () — FAX () —	
その他 (希望等)		

(様式2) 通級による指導決定通知(1)

文 書 番 号
令和 年 月 日

(在 籍 校) 長 殿
(県立直方特別支援学校)

(市町村) 教育委員会教育長 印

通級による指導を受ける児童(生徒)の決定について(通知)

次の児童(生徒)は、通級による指導を受けることが適当と思われるので、福岡県立直方特別支援学校における通級による指導にかかる要綱第3条第4項の規定により、通知します。

ふりがな 児童生徒氏名	年 月 日 (歳 月)	性 別	
		学 年	
		保護者名	
保護者の住所	〒		
在籍校名			

(様式3) 通級による指導決定通知(2)

文 書 番 号
令和 年 月 日

(保護者) 殿

(市町村) 教育委員会教育長 印

通級による指導を受ける児童(生徒)の決定について(通知)

次の児童(生徒)は、通級による指導を受けることが適切と思われるので、福岡県立直方特別支援学校における通級による指導にかかわる要綱第3条第4項の規定により、通知します。

ふりがな 児童生徒氏名	年 月 日 (歳 月)	性 別	
		学 年	
		保護者名	
保護者の住所	〒		
在籍校名			

(様式5) 指導の日時等の通知

文 書 番 号
令和 年 月 日

(保護者) 様

(在籍校) 長 印

通級による指導の日時等について (通知)

次の児童(生徒)の通級による指導の日時等について、福岡県立直方特別支援学校における通級による指導にかかわる要綱第4条第2項の規定により、通知します。

ふりがな 児童生徒氏名	年 月 日 (歳 月)	性 別	
		学 年	
		保護者名	
通級指導校			
指導開始日・ 指導日時等			

※ 巡回による指導の場合は、指導の場所も記入。

(様式6) 通級による指導終了予定の報告

文 書 番 号
令和 年 月 日

(市町村) 教育委員会教育長 殿

(在籍校) 長 印

通級による指導の終了予定について (報告)

次の児童(生徒)の通級による指導の終了予定について、福岡県立直方特別支援学校における通級による指導にかかわる要綱第8条の規定により報告します。

ふりがな 児童生徒氏名	年 月 日 (歳 月)	性 別	
		学 年	
		保護者名	
保護者住所	〒		
在籍校名			
通級による指導 終了の理由			
指導開始年月日		終了予定年月日	

(様式7) 通級による指導終了決定通知(1)

文 書 番 号
令和 年 月 日

福岡県教育委員会教育長 殿
(県立直方特別支援学校長)

(市町村) 教育委員会教育長 印

通級による指導の終了について (通知)

次の児童(生徒)の通級による指導の終了について、福岡県立直方特別支援学校における通級による指導にかかわる要綱第8条第2項の規定により通知します。

ふりがな 児童生徒氏名	年 月 日 (歳 月)	性 別	
		学 年	
		保護者名	
保護者住所	〒		
在籍校名			
通級による指導 終了の理由			
就学指導委員会 等の意見			
指導開始年月日		終了年月日	

(様式8) 通級による指導終了決定通知(2)

文 書 番 号
令和 年 月 日

(保護者) 様

(市町村) 教育委員会教育長 印

通級による指導の終了について (通知)

次の児童(生徒)の通級による指導の終了について、福岡県立直方特別支援学校における通級による指導にかかわる要綱第8条第2項の規定により通知します。

ふりがな 児童生徒氏名	年 月 日 (歳 月)	性 別	
		学 年	
		保護者名	
保護者住所	〒		
在籍校名			
通級による指導 終了の理由			
就学指導委員会 等の意見			
指導開始年月日		終了年月日	