|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **引継ぎのための連絡票（言語障害通級指導教室利用者用）**  未就学用　様式２-３ | | | |
| フリガナ  氏　　名 |  | 生年月日 | 平成  令和　　　年　　　月　　　日生 |
| 在籍機関 | (1)  　(2) | | |
|  |  | | |
| ※記入事項①、②について記入してください。  ①発達状況（健康・生活・遊び・コミュニケーション・認知面・集団での姿　等）  ②支援の内容と引継ぎ事項  作成日：令和　　年　　月　　日　所属：　　　　　　　　　　担当（記載者）  電話：　　　　　　　　　　施設長 | | | |
| この連絡票を、就学先　　　　　　　　　　　　　学校　・  言語障害通級指導教室　　　　　　　　　　　　　学校　に提出することを了承します。また、転居等で移動した場合は移動先の学校へ提出することを了承します。  保護者氏名 | | | |

※この引継ぎのための連絡票は船橋市総合教育センターを経由して、就学先の学校に送付されます。その後、就学先の学校は写しをとり、原本を言語障害通級指導教室設置校へ送付します。