参考様式１

文　書　番　号

年　　月　　日

市（町村）教育委員会　様

〇〇市（町村）立　　学校長

通級による指導を希望する児童生徒について

このことについて、下記児童（又は生徒）から希望がありましたので教育支援委員会で検討をお願いします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | (性別) | 生年月日 |  |
| 住　所 | 〒 | 保護者氏名 |  |
| 在籍校 |  | 学年 |  |
| 障害種別 |  | 実施校 |  |
| 指導を必要とする理由 |  |
| 検査等の状況 | １　実施済（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）２　未実施 |
| その他 |  |

様式１

文　書　番　号

年　　月　　日

高知県教育委員会事務局

特別支援教育課長　様

〇〇市（町村）教育長

特別支援学校における「通級による指導」の対象者について（通知）

下記児童（又は生徒）について、教育支援委員会で検討を行い「通級による指導」の対象として決定しました。特別支援学校での「通級による指導」の開始をお願いします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | (性別) | 生年月日 |  |
| 住　所 | 〒 | 保護者氏名 |  |
| 在籍校 |  | 学年 |  |
| 障害種別 |  | 実施校 |  |
| 通級による指導を必要とする理由 |  |
| 検査等の状況 |  |
| 留意事項 |  |

様式２

文　書　番　号

年　　月　　日

〇〇市（町村）教育長　様

高知県教育委員会事務局

特別支援教育課長

通級による指導に係る児童生徒について（通知）

このことについて、以下のとおり決定しましたのでお知らせします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | (性別) | 学年 |  |
| 生年月日 |  |
| 住　所 |  | 保護者氏名 |  |
| 在籍学校名 |  |
| 指導の場所 |  |
| 指導開始日 | 令和　　年　　月　　日（　　） |

参考様式２

文　書　番　号

年　　月　　日

　○○小中学校長　様

保護者　様

〇〇市（町村）教育長

通級による指導に係る児童生徒について（通知）

このことについて、以下のとおり決定しましたのでお知らせします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | (性別) | 学年 |  |
| 生年月日 |  |
| 住　所 |  | 保護者氏名 |  |
| 指導の場所 |  |
| 指導開始日 | 令和　　年　　月　　日（　　） |

様式３

文　書　番　号

年　　月　　日

高知県教育委員会事務局

特別支援教育課長　様

高知県立○○特別支援学校長

通級による指導に係る児童生徒及び授業時数等について（届出）

このことについて、以下のとおり提出します。

記

　　　　　　　　通級による指導を受ける児童生徒について（様式４）　　　部

　　　　　　　　通級による指導の授業時数について（様式５）　　　　　　部

様式４

通級による指導を受ける児童生徒について

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 氏　名 | 性別学年 | 障害区分 | 在籍校名(指導の場所) | 指導内容 | 指導開始日 | 新規継続 |
| 例 | 高知かつお | 男小４ | 病弱 | 〇〇小学校江の口特別支援学校　 | 国語の音読の指導SST | （注１）R2.5.1～ | 継続 |
| 例 | 土佐はな子 | 女小５ | 病弱 | 〇〇小学校江の口特別支援学校　 | SST | (注２)R4.9.1～ | 新規 |
| 例 | <終了した場合>〇〇　〇〇〇 | 〇小〇 | 〇〇 | 〇〇小学校〇〇学校 | ・・・・・・・・・・・・・・ | （注３）R・・・～R・・・ | 終了 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

(注１)　　継続における指導開始日欄には、当該児童生徒が県立特別支援学校において通級による指導を開始した最初の年月日を記入する。

(注２)　　年度途中に通級による指導を開始した場合は、先に提出した名簿に書き加えて記入し提出する。

(注３)　　年度途中で終了した児童生徒がある場合は、指導開始日の欄に「開始日～終了日」を記入する。

様式５

担当者　〇〇　　〇〇　(注１)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 校　時 | 曜日時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 週当り授業時数 |
| 対象番号(注２) | 時数（注３） |
| 例 | 9:45～10:30 |  |  |  |  | 小１Ｎｏ．４ | 小１Ｎｏ．４ | ２ |
| 小5Ｎｏ．６ | １ |
| 例 | 10:45～11:30 |  | 小１Ｎｏ．４ | 小５Ｎｏ．６ | 小３Ｎｏ．７ |  | 小3Ｎｏ．７ | １ |
|  |  |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

●通級による指導の担当者（以下、担当者）の週当たりの総授業時数　　　　　時間

●担当者の通級による指導以外の授業担当時数（特別活動は除く）　　　　　時間

　（注１）担当教員ごとに作成する。

　（注２）表中の対象番号は、様式４により届け出た番号と一致させる。

　（注３）時数は対象生徒の児童生徒毎に、週当りの授業時数を記入する。

様式６

文　書　番　号

年　　月　　日

高知県教育委員会事務局

特別支援教育課長　様

〇〇市（町村）教育長

通級による指導の終了について（通知）

下記の者は、学校教育法施行規則第１４０条の規定に基づく通級による指導を終了したので通知します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名　　　　　 性別(生年月日)　　 学年 | 障害区分 | 在学校名 | 指導期間開始日～終了日 | 備考 |
| 通級指導校名 |
| （例）高知かつお　　男（R○.○.○）　小５ | 病弱 | ○○市立○○小学校 | 年　月　日～年　月　日 | （注１）改善・克服 |
| 県立高知江の口特別支援学校 |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |

 (注１)　備考欄には、通級による指導の対象でなくなった理由を記載する。

　　(例)　障害による学習上又は生活上の困難の改善・克服 → 「改善・克服」、「転居」、「卒業」等