身体・発達・精神障害状況連絡票（該当者のみ）

20　　年　　月　　日　現在

氏　名	フリガナ 姓	名	性　別	男　・　女
生年月日	年　　月　　日		年　齢	歳
現住所	フリガナ 〒 都 道 府 県			
連絡先	ＴＥＬ　（　　）　　－		ＦＡＸ　（　　）　　－	
	Ｅメール			
障害名			身体障害者手帳等の等級	級

障害の種類	（該当するすべての項目に○印を記入してください） １．視覚障害　　２．聴覚障害 ３．言語障害　　４．肢体不自由【　上肢機能　・　下肢機能　・　体幹機能　】 ５．内部機能障害【具体的に　　】 ６．発達障害（診断書有）【具体的に　　】 ７．精神障害【具体的に　　】 ８．その他（　　）
緊急時の連絡先 （本人以外）	連絡相手： 連 絡 先：
その他 特記事項	※スクーリング時に必要な支援等あれば記入してください。 例）・優先席の確保 ・自動車通学の許可と駐車場の確保　等

◎「記載者と本人との関係」：本人以外の方が記入された場合、本人との続柄を記入してください。

記載者名	印	記載者と本人との関係	