身体・発達・精神障碍状況連絡票（該当者のみ）

平成　　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			
障碍名		身体障碍者 手帳等の等級	級	
障碍の種類	（該当するすべての項目に○印を記入してください） １．視覚障碍　　２．聴覚障碍　　３．言語障碍 ４．肢体不自由（上肢機能）　５．肢体不自由（下肢機能） ６．体幹機能障碍　　７．内部機能障碍（心臓・呼吸器・腎臓等） ８．その他（　　）			
緊急時の連絡先	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	