

V 就学相談及び就学事務に必要な様式一覧

○ 特別支援学校等への就学（転学）について（通知） ……	様式 1	(P26)
○ 整理票 ……	様式 2	(P27)
○ 就学・転学相談票（教育委員会記入用） ……	様式 3	(P28)
○ 就学・転学相談票（保護者記入用） ……	様式 3 - 2	(P29)
	添付資料①	(P30)
	添付資料②	(P32)
○ 転学資料 ……	様式 4	(P34)
○ 年度途中転学相談資料 ……	様式 5	(P35)
○ 埼玉県立特別支援学校学齢児童生徒入学（転学）期日学校 等通知書 ……	様式 6	(P36)
○ 学齢児童生徒入学（転学）期日指定通知書 ……	様式 7	(P37)
○ 入学（転学）期日及び学校指定通知書 ……	様式 8	(P38)
○ 入学（転学）届 ……	様式 8 - 2	(P39)
○ 学齢簿の原本の加除訂正について（通知） ……	様式 9	(P40)
○ 視覚障害者、聴覚障害者又は知的障害者、肢体不自由者若 しくは病弱者でなくなった者について（報告） ……	様式 10	(P41)
○ 視覚障害者、聴覚障害者又は知的障害者、肢体不自由者若 しくは病弱者でなくなった者について（通知） ……	様式 10 - 2	(P42)
○ 区域外就学願（埼玉県教育委員会あて） ……	様式 12	(P43)
○ 児童生徒の転学について（報告） ……	様式 13	(P44)
○ 児童生徒の転学について（照会） ……	様式 13 - 2	(P45)
○ 学校指定の変更願出書 ……	様式 14	(P46)
○ 学校指定の変更通知書 ……	様式 14 - 2	(P47)
○ 児童生徒の転学について（報告） ……	様式 15	(P48)
○ 児童生徒の転学について（通知） ……	様式 15 - 2	(P49)
○ 県内の特別支援学校間の転学相談対象者一覧 ……	様式 16	(P50)
○ 県立特別支援学校から市町村立小中学校等への転学予定 者一覧 ……	様式 17	(P51)
○ 県立特別支援学校内の教育形態変更予定者一覧 ……	様式 18	(P52)
○ 教育形態の変更について（協議） ……	様式 19	(P53)
○ 教育形態の変更届 ……	様式 19 - 2	(P54)
○ 就学相談票 ……	様式 19 - 3	(P55)
○ 転学相談票 ……	様式 19 - 4	(P56)
○ 就学・転学に係る相談資料 ……	様式 20	(P57)

様式1

令和 第 年 月 号

(宛先)
埼玉県教育委員会

市町村教育委員会

特別支援学校への就学（転学）について（通知）

下記の者について、学校教育法施行令第11条第1項及び第2項の規定に基づき、学齢簿の謄本を添えて通知します。

記

氏名	視覚障害者等の別	生年月日	保護者氏名	在籍学校名
	視・聴 病・肢・知			
	視・聴 病・肢・知			
	視・聴 病・肢・知			
	視・聴 病・肢・知			
	視・聴 病・肢・知			
	視・聴 病・肢・知			
	視・聴 病・肢・知			
	視・聴 病・肢・知			

※記入例及び以下留意事項については提出の際は削除する。

- (1) 視覚障害者等の別は、該当するものを記入し、他は削除する
- (2) 添付する学齢簿については、異動事項を加除訂正する以前の謄本であること、原本証明（教育長名）がされたものであること、とする。
- (3) 在籍学校名については、原籍校の学校名及び学年を記入する。ただし、新就学児の場合には記入する必要はない。
- (4) 記入欄が足りない場合は適宜行を追加する。

(様式3)

就学・転学相談票

(教育委員会記入用)

市町村名		No.
------	--	-----

記入年月日 令和 年 月 日

ふり 氏	がな 名		
障害の種類	視覚障害 聴覚障害 病弱 肢体不自由 知的障害		
障害の程度 や状況等	疾患名 所有手帳	身体障害者手帳 療育手帳	種 級 ① A B C
保護者の意向			
本人の意向			
教育委員会の 所見			
記入者の所属 職・氏名等	所属	電話	
	職名	氏名	

(様式3-2)

就学・転学相談票

保護者の方へ

必要事項を記入し、該当するものを○で囲んでください。

年齢・学年は、記入年月日で御記入ください。

令和 年 月 日 記入

本人	ふりがな氏名		性別	生年月日	
			男・女	平成・令和 年 月 日	
	現住所 電話番号	〒 - ()			
	現在の状況	保育所 幼稚園等	保育所、幼稚園、特別支援学校幼稚部、通園施設、在宅、就学猶予 名称 ()		
		小学校 中学校等	立 学校 第 学年 通常の学級 通級指導教室 (難聴・言語、発達・情緒、その他) 特別支援学級 (知的障害、自閉・情緒障害、肢体不自由、 身体虚弱、弱視、その他)		
		特別支援学校	立 学園・学校 学部 第 学年		
		その他	長期入院中、施設入所 名称 ()		
	疾患名・ 医学診断名				
	所有手帳	療育手帳	① A B C	(年 月 日 交付)	
		身体障害者手帳	種 級	(年 月 日 交付)	
精神障害者保健福祉手帳		級	(年 月 日 交付)		
発作	ある・なし 頻度: 回/日・月・年 種類: 喘息、てんかん、その他 ()				
服薬	ある・なし 回数: 回/日 (病名等)				
必要とする 医療的ケア	吸引、経管栄養、導尿、その他 ()				
保護者	ふりがな氏名		本人との続柄		
本人及び保護者の意向		※ 就学・転学に関する御希望を具体的に御記入ください。 県立 学園・学校への就学・転学を希望します。			

埼玉県教育委員会

(様式3-2 添付資料①)

※ 県立特別支援学校における就学・転学に係る相談の参考資料としますので、支障のない範囲で御記入ください。

氏名	
----	--

1 現在のお子さんの生活の様子及び発達の状況について、当てはまるものに○をお付けください。

(1) 生活の様子について

衣服の着脱		一人で着替え、身なりをきちんと整えることができる。
		部分的な支援があれば、衣服を着ることができる。
		全面的な支援が必要である。
食事の様子		はしを使って、きれいに食べることができる。
		スプーンを使って食べたり、コップを持って上手に飲むことができる。
		一部支援すれば、スプーンを使って食べたり、コップを持って飲むことができる。
排泄の様子		全面的な支援が必要である。
		衣服の始末や手洗いを含めて、すべて一人でできる。
		小便または、大便がほぼ一人でできる。
		尿意・便意を知らせることはできるが、一部支援が必要である。
		失禁が多かったり、尿意を知らせることができない。またはオムツをしている。

(2) 手指の動きや運動・動作について

手指の動き		折り紙を折って、作品を作ることができる。
		簡単な絵や形を描くことができる。
		ハサミで紙などを切ることができる。
		物を握ったり、指先で物をつまんだりすることができる。
		物を握ったり、指先で物をつまんだりすることを嫌がる。
運動・動作		スキップができる。一人でなわとびを跳ぶことができる。
		30cm程度の高さの台から跳び降りたり、ケンケンができる。
		階段の上り下りができる。
		一人で歩くことができる。
		移動には一部支援が必要である。
		一人で歩くことができない。

(3) 集団参加の様子について

集団参加		友達や大人と支障なく関わるることができる。
		友達と鬼ごっこやままごと等の簡単なルールのある遊びができる。
		まわりの支援があれば、集団の中に入ることができる。
		一人遊びが多い。
		まわりの様子にほとんど関心を示さない。
		集団の中に入ることが難しい。

(4) ことば、コミュニケーションの様子について

ことばの理解		相手の話す内容や指示が理解できる。
		簡単な指示が理解できる。
		簡単な指示もほとんどわからない。
コミュニケーション		日常会話ができる。
		二語文程度で伝える。
		一語文で伝える。
		発声や身振り等で伝える。
		伝えようとする表現がほとんどみられない。

(5) 文字や数量の理解について

文字		ひらがなを読んだり、書いたりできる。
		名前を書ける。一部ひらがなが読める。
		自分の名前がわかる。
		文字にほとんど興味を示さない。
数量		たし算や引き算の計算ができる。
		個数を数えたり、1、2、3・・・と順序数を数えたりできる。
		一対一対応ができる。
		数量にほとんど興味を示さない。

(6) 性格、行動特徴、興味関心等について

性格		明るく、活発である		素直で、やさしい
		人なつこい		物事に慎重である
		緊張しやすい		強情なところがある
		怒りっぽい		あきやすい
	※ その他、お子さんの性格について御記入ください。			
行動の特徴		指しゃぶりや爪かみの癖がある		耳をふさぐ行為が見られる
		こだわりが強い		パニックを起こしやすい
		常同行動がある		自傷や他傷がある
		視線が合わない		突然大きな声をあげる
		異食がある		危険な状況の理解が難しい
		一人でいることを好む		気に入らないと物を投げる
		目を離すと一人でどこかへ行ってしまう		
※ その他、行動特徴で具体的なものがありましたら御記入下さい。				
興味関心等	※ お子さんが興味関心を示す物やいつも遊んでいるもの、または嫌いな物や苦手なものがありましたら御記入ください。			

(7) アレルギー等、気にかかることや伝えておきたいことがありましたら、御記入ください。

[]

(様式3-2 添付資料②)

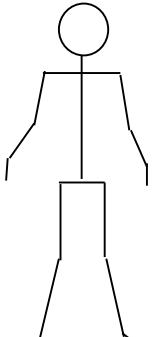
氏名	
----	--

2 体の動きについて、気になることがありましたら、御記入ください。

- (1) 日常生活を送る上で、車イスや補装具を使用していますか。
 使用している ・ 使用していない 補装具名 ()
- (2) 体の動きの状況について、当てはまるものに○をお付けください。

<input type="checkbox"/>	補装具等を使用しなくても、日常の生活にほとんど支障がない。
<input type="checkbox"/>	クラッチ等の補装具を使うことで、一人で歩くことができる。
<input type="checkbox"/>	伝い歩きならばできる (補装具が必要である ・ 補装具は必要なし) 。
<input type="checkbox"/>	手をつなぐ、脇を支える等の支援があれば、歩くことができる。
<input type="checkbox"/>	車イスで自力移動ができる (通常 ・ 電動) 。
<input type="checkbox"/>	四つばいができる。
<input type="checkbox"/>	あぐらで座ることができる。
<input type="checkbox"/>	イスに座ることができる。
<input type="checkbox"/>	本人に合わせたイスやクッションチェアがあれば、座ることができる。
<input type="checkbox"/>	自分の体を動かすのに、全面的な支援が必要である。
<input type="checkbox"/>	自助具等を使うことで筆記ができる。

- (3) 体の部位や動きの状況について、詳しく御記入ください。

部 位	状 況
	※部位に印を付け、その様子を簡条書きで記す。 (例) 右手はマヒがあり、物を持つことが難しい等

3 病気治療が必要な場合、あるいは病気による生活規制がありましたら御記入ください。

- (1) 発病したのは、いつですか。 平成・令和 年 月 歳の時
- (2) 現在の病状を詳しく御記入ください。 []
- (3) 現在の生活規制の状況について、当てはまるものに○をお付けください。

<input type="checkbox"/>	ほとんど支障なく日常生活を送ることができる。
<input type="checkbox"/>	部分的に生活上の活動制限に配慮が必要となる。
<input type="checkbox"/>	継続して医療と生活上の活動制限に配慮が必要である。
<input type="checkbox"/>	入院し、医療と生活上の活動制限が必要である。
<input type="checkbox"/>	入院し、医療と生活上の活動制限に配慮が必要である。ベッド上の生活がほとんどである。

氏名	
----	--

4 見え方について、気になることがありましたら御記入ください。

- (1) 視力はいくつですか。右 裸眼 () 左 裸眼 ()
右 眼鏡 () 左 眼鏡 ()
- (2) 使用文字は、何ですか点字、拡大文字 () ポイント、標準文字
- (3) 補助具を使用している場合は補助具名を、また、その使用状況についても御記入ください。
補助具名 () 使用状況 ()
- (4) 見え方の状況について、当てはまるものに○をお付けください。

<input type="checkbox"/>	5 m離れた所から人の顔がわかる。
<input type="checkbox"/>	メガネやルーペを使えば、文字の読み書きができる。
<input type="checkbox"/>	極端に目を近づけて、物を見る。
<input type="checkbox"/>	不自然に顔を動かして、物を見る。
<input type="checkbox"/>	歩く先を足でさぐりながら歩く。
<input type="checkbox"/>	周辺のものに気づかずにぶつかったり、つまずいたりする。
<input type="checkbox"/>	明るい所では、まぶしがる。
<input type="checkbox"/>	見えてはいないが、光に対する反応はある。
<input type="checkbox"/>	暗いところでは、見えない。
<input type="checkbox"/>	小学校、中学校で拡大教科書を使用している。

5 聞こえについて、気になることがありましたら御記入ください。

- (1) 聞こえにくいと気づいた年齢は、いくつですか。 歳 ヶ月
- (2) 補聴器装用を開始したのは、何歳ですか。 歳 ヶ月
- (3) 人工内耳の手術をしたのは、何歳ですか。 歳 ヶ月
- (4) 装用している時の平均聴力は、いくつですか。 右 () d B 左 () d B
- (5) 装用していない時の平均聴力は、いくつですか。 右 () d B 左 () d B
- (6) 平均聴力を検査したのは、いつですか。 平成・令和 年 月 日
- (7) 検査機関名を御記入ください。 ()
- (8) 聞こえの状況について、当てはまるものに○をお付けください。

<input type="checkbox"/>	補聴器（人工内耳）を使用すれば、日常生活にほとんど支障がない。
<input type="checkbox"/>	補聴器（人工内耳）を使用すれば、普通の会話をなんとか聞き取ることができる。
<input type="checkbox"/>	補聴器（人工内耳）を使用すれば、大きな音は聞き取ることができるが会話は聞き取れない。
<input type="checkbox"/>	補聴器等を使用しても、大きな音が聞き取りにくい。
<input type="checkbox"/>	聞こえているか聞こえていないかわからない。
<input type="checkbox"/>	補聴器（人工内耳）は持っているが、つけていない（つけたがらない）。
<input type="checkbox"/>	補聴器を持っていない。大きな音は聞こえているようだが、音への反応は悪い。

(様式4)

転学資料

令和 年 月 日

転学先学校長 様

学校名
校長氏名

下記の者の所見を報告します。

記

ふりがな 児童生徒氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日
学部・学年	学部 第 学年	保護者名	
現住所		電話番号	()
障害の状況 身体の状況	障害の種類、疾患名 所有手帳 身体障害者手帳 種 級、療育手帳 (A) A B C		
学習の状況			
性格・行動の 特 徴			
その他 (出欠席等)	出席日数 日、欠席日数 日(理由) 令和 年 月 日現在		

(備考) 立 学園・学校、 市(町村)管内小(中)学校へ転学予定
転学希望日：令和 年 月 日(転学先学校に籍を移す希望の日)

(様式5)

年度途中
転学相談資料

1	作成年月日	令和		年		月		日
2	学校名							
3	番号							
4	学部							
5	学年							
6	児童生徒氏名							
7	ふりがな							
8	性別							
9	生年月日			年		月		日
10	保護者氏名							
11	市町村名							
12	郵便番号		—					
13	現住所							
14	障害種							
15	通学・訪問の別							
16	在籍学校名							
17	転学予定日	令和		年		月		日
18	特記事項	<small>重複申請の有無について、記入すること。</small>						

(様式6)

教 特 第 号
令 和 年 月 日

市町村教育委員会 様

埼玉県教育委員会

埼玉県立特別支援学校学齢児童生徒入学（転学）期日学校等通知書

下記のとおり通知します。

記

番号	児童生徒氏名	学部	学年	通・訪	生年月日			保護者氏名	入学（転学）すべき学校	入学（転学）期日		

整理番号 一 号

(様式8)

令和 年 月 日

(保護者または施設長) 様

埼玉県教育委員会

入 学 (転 学) 期 日 及 び 学 校 指 定 通 知 書

下記のとおり通知します。

記

ふりがな

1 児童生徒氏名

2 入学(転学)の期日 令和 年 月 日

3 入学(転学)先学校 埼玉県立 学園・学校 学部 学年

※ 別紙の入学(転学)届に必要な事項を記入の上、入学(転学)先の学校に提出してください。

(様式8-2)

入 学 (転 学) 届

令和 年 月 日

埼玉県立

学校長 様

保護者住所

保護者氏名

下記の者を、貴校に入学（転学）させたいのでお届けします。

記

1 児童生徒氏名 ふりがな _____ (性別) 男 ・ 女

2 生年月日 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)

3 緊急連絡先

電話番号 (_____)

(様式 9)

令和 第 年 月 日 号

(宛先)

埼玉県教育委員会

市町村教育委員会

学齢簿の原本の加除訂正について（通知）

下記のとおり、学校教育法施行令第 13 条の規定に基づき通知します。

記

学校名（学年） 猶予又は免除	氏 名 （生年月日）	視覚障害者 等の別	加除訂正した事項

※以降の留意文は提出の際は削除する。

- (1) 市町村教育委員会は、県教育委員会から「入学（転学）期日学校等通知書」又は「視覚障害者、聴覚障害者又は知的障害者、肢体不自由者若しくは病弱者でなくなった者について（通知）」が送付された後、速やかに学齢簿の原本の加除訂正を行う。
- (2) 市町村教育委員会は、学齢簿の原本の加除訂正を行った後、速やかに「学齢簿の原本の加除訂正について（通知）」を県教育委員会あて送付する。この場合、加除訂正した学齢簿の写しを添付する必要はない。
- (3) 学校名（学年）等、及び視覚障害者等の別の欄の記入の方法については、様式 1 と同様、該当するものを記入し、他は削除する。

(様式10)

第 号
令和 年 月 日

(宛先)

埼玉県教育委員会

学校名
校長氏名

視覚障害者、聴覚障害者又は知的障害者、肢体不自由者若しくは
病弱者でなくなった者について（報告）

標記について、学校教育法施行令第6条の2の規定に基づき、転学資料を添えて下記のとおり報告します。

記

ふりがな
1 児童生徒氏名

2 生 年 月 日 平成・令和 年 月 日

3 学 部 ・ 学 年 学部 第 学年

4 保 護 者 氏 名

5 現 住 所 〒
Tel ()

6 転 学 の 事 由

7 転学希望年月日 令和 年 月 日
(月 日まで本校に在籍)

整理番号 号

(様式10-2)

教特第 号
令和 年 月 日

市町村教育委員会 様

埼玉県教育委員会

視覚障害者、聴覚障害者又は知的障害者、肢体不自由者若しくは
病弱者でなくなった者について（通知）

標記について、学校教育法施行令第6条の2の規定に基づき、転学資料を添えて下記のとおり通知します。

記

- ふりがな
- 1 児童生徒氏名
 - 2 生年月日 平成・令和 年 月 日
 - 3 学部・学年 学部 第 学年
 - 4 保護者氏名
 - 5 在籍学校名 埼玉県立 学園・学校
 - 6 転学の事由
 - 7 転学予定日

※ 本通知受領後、速やかに学齢簿の原本を加除訂正願います。

整理番号 号

(様式12)

区 域 外 就 学 願

令和 年 月 日

(宛先)

埼玉県教育委員会

保護者氏名

下記のとおり、学校教育法施行令第17条の規定に基づき、区域外就学させたくお願いいたします。

記

在籍学校名	(学部：)	
猶予又は免除の別	(学年：第 学年)	
ふりがな 児童生徒氏名		
生年月日	平成・令和 年 月 日	
障害の種類		
区域外就学の事由		
就学先学校	学校名	
	所在地	〒
	電話番号	Tel ()

* (願) : 県外から県立特別支援学校(病弱)へ就学する場合

(様式13)

令和 年 月 日
第 号

(宛先)

埼玉県教育委員会 様

学校名

校長氏名

児童生徒の転学について（報告）

標記について、下記の児童生徒を転学させたい旨、保護者から願い出がありましたので、転学資料を添えて報告します。

記

- 1 ふりがな 児童生徒氏名
- 2 生年月日 平成・令和 年 月 日
- 3 学部・学年 学部 第 学年 （通学・訪問）
- 4 保護者氏名
- 5 現住所 〒
- 6 転学先学校名
- 7 転学の事由
- 8 転学希望日 令和 年 月 日 （ 月 日まで在籍）
- 9 備考（転居先住所、入所先施設名及び住所等）

(様式13-2)

令和 第 年 月 日 号

様

学校名
校長氏名

児童生徒の転学について（照会）

標記について、下記の児童生徒を転学させたい旨、保護者から願い出がありましたので、関係書類を添えて照会します。

記

- 1 ふりがな 児童生徒氏名
- 2 生年月日 平成・令和 年 月 日
- 3 学部・学年 学部 第 学年 （通学・訪問）
- 4 保護者氏名
- 5 現住所 〒
- 6 転学先学校名
- 7 転学の事由
- 8 転学希望日 令和 年 月 日 （ 月 日まで在籍）
- 9 備考（転居先住所、入所先施設名及び住所等）

(様式14)

令和 年 月 日

(宛先)

埼玉県教育委員会

保護者氏名

学校指定の変更願出書

標記について、願います。

記

幼児児童生徒	氏名 <small>ふりがな</small>	
	生年月日	平成・令和 年 月 日
	現住所	
通学区域に定める学校名	県立	学園・学校
就学を希望する学校名	県立	学園・学校
変更を希望する事由		

(様式14-2)

令和 年 月 日

(保護者) 様

埼玉県教育委員会

学校指定の変更通知書

標記について、下記のとおり通知します。

なお、新たに指定する学校において就学・転学に係る相談を受けてください。

記

幼児児童生徒	ふりがな 氏 名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日
	現住所	
通学区域に定める学校名		県立 学園・学校
新たに指定する学校名		県立 学園・学校
保護者	氏 名	
	現住所	

(様式15)

令和 年 月 日
第 号

(宛先)

埼玉県教育委員会 様

学校名
校長氏名

児童生徒の転学について（報告）

このことについて、学校教育法施行令第6条の3の規定に基づき、転学資料を添えて下記のとおり報告します。

記

- 1 児童生徒氏名
ふ り が な
- 2 生 年 月 日 平成・令和 年 月 日
- 3 学部・学年 学部 第 学年
- 4 保護者氏名
- 5 現 住 所 〒
TEL ()
- 6 転学 の 事 由
- 7 転学希望年月日 令和 年 月 日 (月 日まで本校に在籍)

(様式15-2)

第 号
令和 年 月 日

市町村教育委員会 様

埼玉県教育委員会

児童生徒の転学について（通知）

このことについて、学校教育法施行令第6条の3の規定に基づき、転学資料を添えて下記のとおり通知します。

記

1 ふりがな 児童生徒氏名

2 生 年 月 日 平成・令和 年 月 日

3 学部・学年 学部 第 学年

4 保護者氏名

5 在籍学校名 埼玉県立 学園・学校

6 転学の事由

7 転学予定日 令和 年 月 日

※ 本通知受領後、速やかに学齢簿の原本を加除訂正願います。

(様式16)

県内の特別支援学校間の転学相談対象者一覧

学校名	
-----	--

作成年月日 令和 年 月 日

No	氏名	学部・学年	形態	市町村名	転学を希望する学校名	転学の理由	備考
1							
2							
3							
4							
5							

※ 学部・学年は、令和8年4月1日現在で記入する。

(様式17)

県立特別支援学校から市町村立小・中学校への転学予定者一覧

学 校 名	
-------	--

作成年月日 令和 年 月 日

No	氏 名	学部・学年	転学予定市町村名	転学の理由等	保護者の意向	備考
1						
2						
3						

※ 学部・学年は、令和8年4月1日現在で記入する。

※ 備考欄には、障害の状態を示す根拠を記入する（障害者手帳等）。

(様式18)

県立特別支援学校内の教育形態変更予定者一覧

学校名	
-----	--

作成年月日 令和 年 月 日

No	氏名	学部・学年	形態変更の内容	重複認定の有無	備考
1					
2					
3					
4					
5					

※ 学部・学年は、令和8年4月1日現在で記入する。

(様式19)
(訪問教育様式1)

令和 第 年 月 日 号

(宛先)
埼玉県教育委員会教育長

県立 学校長

教育形態の変更について(協議)

このことについて、下記のとおり変更したいので、埼玉県訪問教育実施細則4の(1)の規定により協議します。

記

- ふりがな
- 1 児童・生徒氏名 (平成・令和 年 月 日生)
 - 2 保護者氏名
〒
住 所
電話番号
 - 3 現学年等 学部 年
(担任の職・氏名)
 - 4 変更の内容
 - ・ 通学による教育から訪問教育に変更
 - ・ 訪問教育から通学による教育に変更
 - 5 変更予定期日 令和 年 月 日
 - 6 変更の理由 (参考資料別添)

(様式19-2)
(訪問教育様式2)

令和 第 年 月 日 号

(宛先)
埼玉県教育委員会教育長

県立 学校長

教育形態の変更届

下記のとおり、教育形態を変更したいのでお届けします。

記

- ふりがな
- 1 児童・生徒氏名 (平成・令和 年 月 日生)
 - 2 変更の内容
 - ・ 通学による教育から訪問教育に変更
 - ・ 訪問教育から通学による教育に変更
 - 3 変更年月日 令和 年 月 日
 - 4 学級担任の異動

	学級担任職・氏名	学 校 名
変更前		
変更後		

(様式19-3)

(訪問教育別紙3)

就学相談票

記入年月日 令和 年 月 日

ふりがな 児童生徒氏名等	男 平成 女 令和 年 月 日生
在籍校	立 小学校・中学校 第 学年 電話
保護者氏名	
住所	〒 - 電話
* 疾病等の状況	
* 入院見込期間	令和 年 月 日から 週間程度
* 学習を進める上での配慮事項等	
転学希望日	令和 年 月 日

* 欄は、病院が記入する。

(様式19-4)

(訪問教育別紙4)

転学相談票

記入年月日 令和 年 月 日

ふりがな 児童生徒氏名等	男 平成 年 月 日生 女 令和
在籍校	埼玉県立 特別支援学校 小学部・中学部 第 学年
転学する学校	立 小学校・中学校 第 学年 電話
保護者氏名	
住所	〒 ー 電話
* 疾病等の状況	
* 退院予定日	令和 年 月 日
* 転学に当たり 意見や注意事項等	病院名 医師名 印
転学希望日	令和 年 月 日

* 欄は、病院が記入する。

					就学・転学に係る相談資料				新年度用		学校名入力欄				作成日										
No.	就学 転学	学校名	学部	学年	氏名	ふりがな	性別	生年月日	保護者名	市町村	〒	現住所	障害種	療育手帳			身体手帳			特記事項	通学訪問	在籍学校名等	備考		
														有無	級別	交付年月日	有無	種別	交付年月日						
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									

※ 記入例は、削除してください。
 ※ 数字については、すべて半角で入力してください。
 ※ 生年月日については、和暦を用い、元号を除いた数字で記入してください。
 ※ 行が足りない場合には適宜行を追加してください。その場合、No.(A列)は連続する番号で入力し、学校名(C列)は学校名入力欄(R列1行)の値を反映させてください。
 ※ 障害者手帳未所持の場合は備考欄に客観的なアセスメント結果、もしくは障害の状況などの入学の理由を必ず記入してください。
 ※ 特記事項が特にない場合は必ず- (半角ハイフン) を記入してください。