

就学相談資料等の引継ぎ同意書

千代田区教育委員会教育長 殿

千代田区に転入するにあたって、以下のことについて同意します。

1. 転入前の自治体、在籍校から子どものこれまでの様子について就学相談等（就学支援委員会等）の情報（医師診察記録、心理検査結果等）を引き継ぐこと。
2. 引き継いだ内容を千代田区教育委員会、東京都教育委員会、就学予定先の学校及びその他必要と思われる関係機関（区立児童・家庭支援センター、千代田保健所等）と情報共有をすること。

記入日 令和 年 月 日

保護者氏名 _____

ふりがな	
お子さんの氏名	
生年月日	年 月 日
引継ぎを希望する資料の種類	<input type="checkbox"/> 特別支援教室 <input type="checkbox"/> 言語障害通級指導学級 <input type="checkbox"/> 知的障害特別支援学級 を継続するために資料の引継ぎを希望します。
お子さんの在籍校	
転入予定の住所	(転入予定日: 令和 年 月 日)
現住所	
連絡先	
書類の送付先	転入予定日前: <input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 転入予定の住所 転入予定日後: <input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 転入予定の住所
備考	