令和　　年　　月　　日

長崎県教育センター所長　　様

学校・園・所名

 所属長名

令和　　年度「いじめ・不登校・発達障害等相談」に係る発達検査について（依頼）

このことについて、保護者の承諾を得ていますので、下記の幼児・児童・生徒の発達検査の実施をよろしくお願いします。

記

１　検査希望者

（１）学　年　等　　　　年少・年中・年長　　第　　　学年

（２）氏　　　名

（３）生年月日　　　　平・令　　　　年　　　月　　　日生（満　　　歳）

（４）保護者氏名

２　検査目的（具体的に記入してください。）

　※発達検査の希望者については、過去に当センターが実施している来所相談、関係機関と連携した訪問支援等で相談をしたことがあり、検査の必要性があると認められた幼児・児童・生徒を対象に実施します。なお、他機関を含め、過去３年以内に発達検査を受けた者については実施できません。