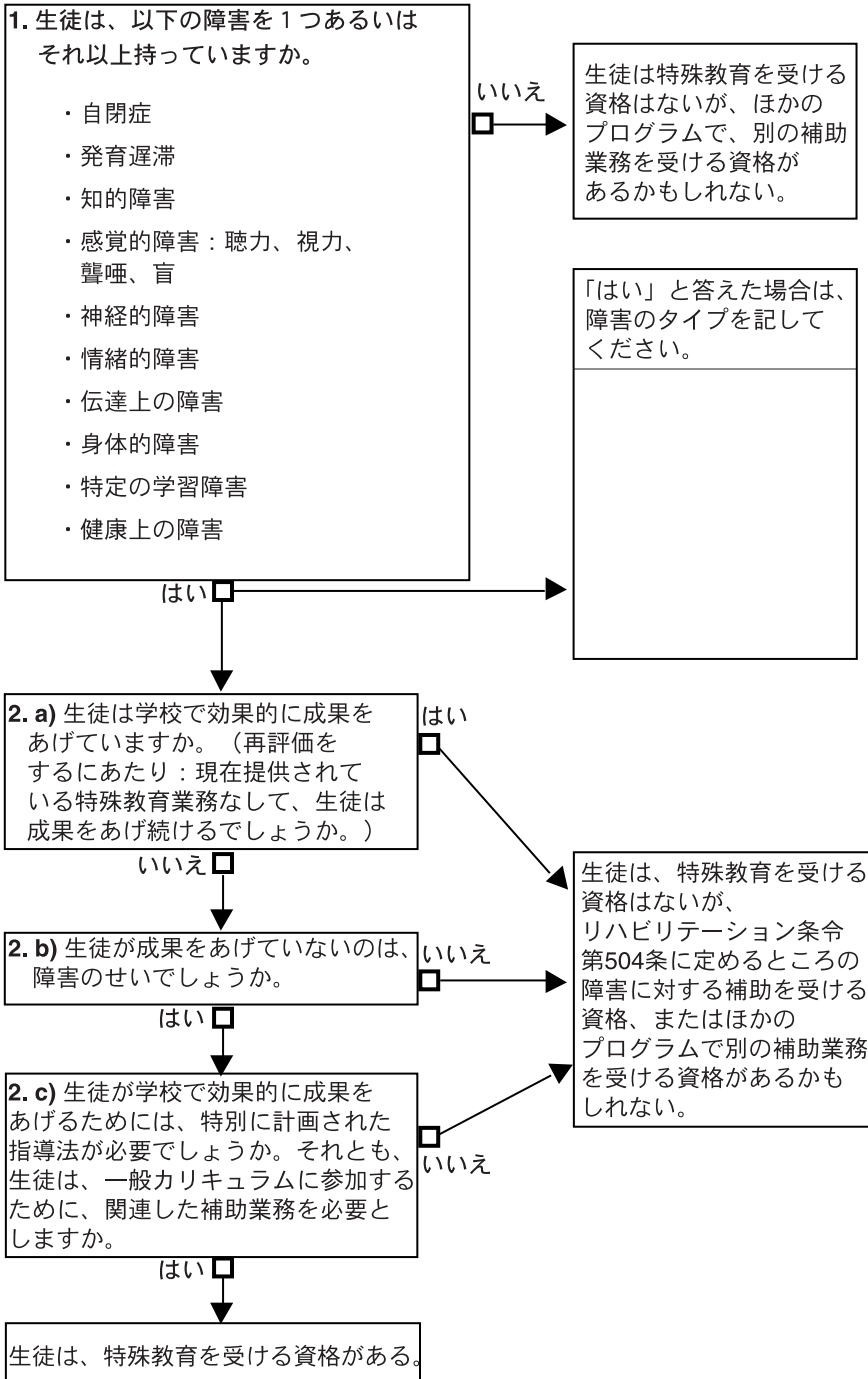


学校区名：
 学校区住所：
 学校区担当者名・電話番号：

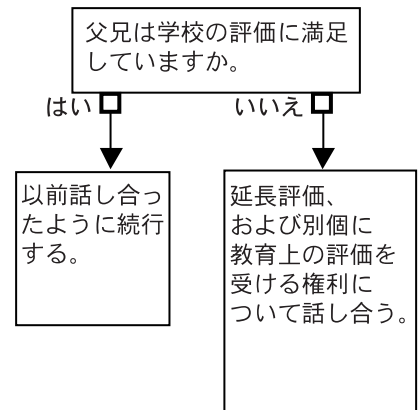
特殊教育を受ける資格・初期評価と再評価の決定

生徒氏名： _____ 生年月日： _____ 生徒番号： _____ 日付： _____

A. フローチャートをたどって、該当する資格決定まで行ってください。



B. 全生徒に関して、次の質問に答えてください。



評価結果の主要な点、および/または次に取るべき手段