

### 平成 年度 個別の教育支援計画

〇〇特別支援学校

幼児名		平成 年 月 日 生	男・女	( ) 児学級
担任名		平成 年 月 日 作成		

下記の内容を確認し、了解しました。 保護者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

本人・保護者の願い

	支援機関 担当者・連絡先等	支援内容	支援期間
教 育	県立〇〇特別支援学校		H 年 月～ H 年 月
	合理的配慮事項 (個別に決定されたもの)		H 年 月～ H 年 月
	支援機関名 担 当 者		H 年 月～ H 年 月
医 療	支援機関名 担 当 者		H 年 月～ H 年 月
	支援機関名 担 当 者		H 年 月～ H 年 月
福 祉	支援機関名 担 当 者		H 年 月～ H 年 月
	支援機関名 担 当 者		H 年 月～ H 年 月
そ の 他	支援機関名 担 当 者		H 年 月～ H 年 月

引継ぎ事項	
-------	--

平成 年 月 日 今年度の支援内容 (引継ぎ事項) について確認し、了解しました。

保護者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_