【様式A1】

音声教材提供申請書

愛媛大学教育学部　教授

附属インクルーシブ教育センター長

苅田知則

学校名

校長

〒　　 　-

住所

電話（　　　　）　　　-

窓口教員名

連絡用メールアドレス

　　　　　　　＠

下記の通り、「UNLOCK」の提供に係る障害認定を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | 漢字表記 | ふりがな |
| 学年 |  | 組 |  |  |
| 教育的措置※1 | 〔　〕なし　〔　〕通級　〔　〕特別支援学級　〔　〕特別支援学校 |
| 内容※2 |  |
| 主な困難＊該当する項目すべてに✔️を入れてください | 〔　〕かなの読み　　　　　　　　〔　〕かなの書き〔　〕漢字の読み　　　　　　　　〔　〕漢字の書き〔　〕アルファベットの読み　　　〔　〕アルファベットの書き〔　〕英単語の読み　　　　　　　〔　〕英単語の書き |
| 日常の読み書きの支援※1 | 〔　〕あり　　〔　〕なし |
| 添付書類※1 | 〔　〕個別の教育支援計画　〔　〕個別の指導計画　〔　〕A2・現状報告書 |
| 調査の同意※1 | 本事業では、アンケートへのご回答、年度末の報告書、学校見学（個別にご相談いたします）へのご協力、報告書・研究室HPへの学校名の記載の許可についてお願いすることがあります。それらに関して、・学校長は同意しています。〔　　〕・本人、保護者共に同意しております。〔　　〕 |

※1該当する項目の括弧〔　〕の中に✔️を入れてください。

※1内容欄には、通級による指導、特別支援学級、特別支援学校の障害種を記載してください。