（別紙１）

**利用申込書**

佐賀県健康福祉部障害福祉課長　様

「佐賀プライドプログラム」における支援を受けることを希望します。

令和　　　　年　　　月　　　日

対象者

生年月日　（　　　年　　　月　　　日）

性　　別　（　　　　　）

　　　　　　　　保護者　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　）

※１．日程調整できるご家族の方の名前、

続柄をご記入ください。

※２．日中にお電話することがあります

ので、日中に繋がりやすい電話番号

をご記入ください。

※３．日程調整できるご家族の携帯電話と

メールアドレスを必ずご記入くだ

さい。

住所

　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　携帯電話

　　　　　　　　　　メールアドレス

～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～

　上記生徒が本校に在学していることを証明します。

　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　学校名　　　　　　　　　　　　（学年　　　年　）

　　　　　　　　　　学校長名

　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　連絡担当者　（職名）　　　　（氏名）

特別支援教育コーディネーター

※　連絡担当者と特別支援教育コーディネーターは同じ方でも構いません。

（別紙２）

**医療情報申告書**

佐賀県健康福祉部障害福祉課長　様

対象者が次のとおり診断を受けたことを申告します。

令和　　　　年　　　月　　　日

対象者

生年月日　（　　　年　　　月　　　日）

性　　別　（　　　　　）

保護者

住所

（対象者に係る医療情報）

※　「佐賀プライドプログラム」の実施に係る発達障害の診断（LD／ADHD

　／自閉症）について御記載ください。

医療機関名

医師名

診断名

診断年月日

（診断時の年齢でも可）

※　本申告書は、佐賀県が実施する「佐賀プライドプログラム」以外では使用しません。また、個人情報については適切に管理します。（佐賀県障害福祉課）

（別紙３）

**相談・療育の記録**

　これまで、利用申込者に関することで、医療機関以外で相談機関へ相談したり、専門機関で療育（児童発達支援事業所を利用した、相談支援のセッションを受けたことがある等）を受けたことはありますか。（あてはまる方に○をつけてください）

　　相談を行った・療育を受けたことが、

　　　　　ある　　　　　　　　　　ない

　上記の質問に「ある」と答えた方は、その相談・専門機関を利用した時期や、利用した専門機関の名称をご記入ください。（分かる範囲で結構です）

|  |  |
| --- | --- |
| 相談した時期  又は  利用した時期 | 相談機関／専門機関 |
| （記入例１）  　小学校入学前  （記入例２）  　令和○○年４月～  令和○○年３月まで | （記入例１）  佐賀県発達障害者支援センター「結」　へ相談した。  （記入例２）  　佐賀県療育支援センター  　児童発達支援センター くすのみ園へ１年間通所した。 |
| （記録１） | （記録１） |
| （記録２） | （記録２） |
| （記録３） | （記録３） |
| （記録４） | （記録４） |

※　この「相談・療育の記録」は、保護者の方が記入してください。

※　この記録は、佐賀県が実施する「佐賀プライドプログラム」以外では使用しません。また、個人情報については適切に管理します。（佐賀県障害福祉課）

（別紙４）

**受講申込にあたっての注意事項の確認書**

　　本プログラムは、県が一般社団法人誠智愛の会Mind&Hopesに委託して実施していますが、委託事業者の他の業務との日程調整が必要な場合もあり、本プログラムを進めていく上で対象生徒の保護者、先生方のご協力が必要となります。受講の申し込みをする前に、下記の内容通りに参加が可能かどうかご確認をお願いします。

１．　プライドプログラム参加中は、基本的には学校の活動よりもプログラムの方を優先していただきます。

２．　事前／事後の検査（５～６回程度）の日程は、利用決定後に調整します。

３．　プライドプログラムのグループプログラムは、土曜もしくは日曜に一般社団法人誠智愛の会 Plaris内（佐賀市栄町2-8 さかえヤマトビル401号）で実施します。

毎回、本人とその保護者の両方が来所のうえプログラムに参加していただくことになります。なお、やむを得ない事情がある場合はオンライン開催に切り替える場合があります。その場合についても、本人とその保護者の両方の参加が必要となります。

４．　当日やむを得ず欠席する場合は、生徒とその保護者ともに次のグループの前までに補講を受けていただく必要があります。補講の日程は都度調整のうえ決定します。

５．　現在、不登校またはそれに近い状態である場合は、他の支援が必要であると考えられるため、本プログラム以外の支援の利用をご検討ください。

～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～

　上記の内容を確認した上で受講を希望します。

対象者

保護者