

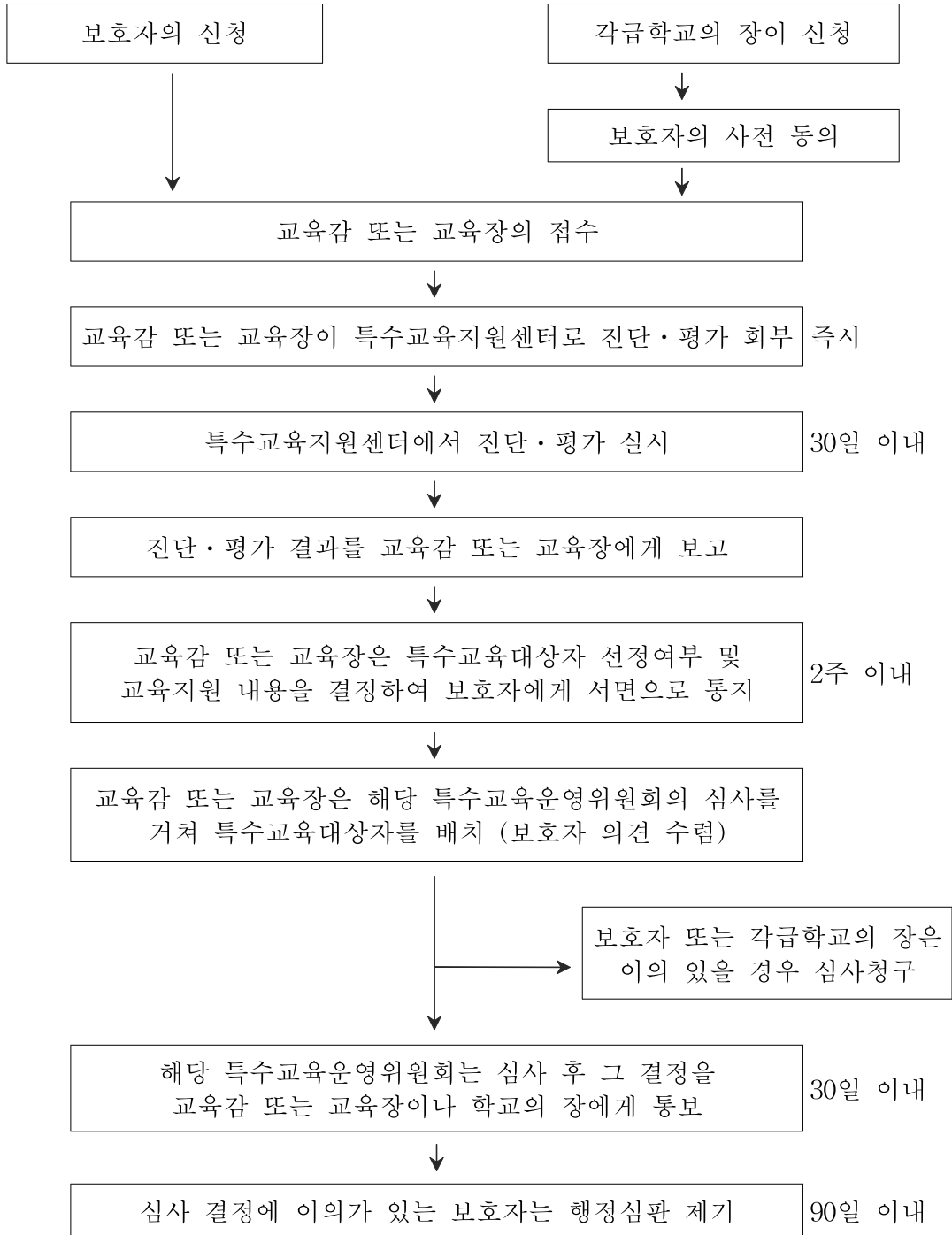
(앞면)

특수교육대상자 진단·평가 의뢰서					
접수번호	-				
대상자	성명 (한자)			성별	남 여
	주소				
	소속				
보호자	성명		대상자와의 관계	대상자의 ()	
	주소		전화번호		
「장애인 등에 대한 특수교육법」 제14조제3항 및 같은 법 시행령 제9조제4항에 따라 위와 같이 신청합니다. 년 월 일 보호자 (인) (학교장) (인) 시·도교육감(교육장) 귀하					

_____ (자 르 는 선) _____

소 속	학 생 명	성 별	비 고
위와 같이 접수하였음을 증명함.			
접수자	년 월 일 성명 서명	년 월 일	
시·도교육감(교육장) 인			

1. 특수교육대상자 진단·평가의뢰서 제출 및 처리절차



2. 작성시 유의사항

- (가) 각급 학교의 장이 신청하는 경우 특수교육대상자의 보호자가 작성한 동의서를 첨부할 것.
- (나) 접수번호: 시·도(하급)교육청에서 부여하므로 지원자는 기재하지 아니함.
- (다) 의뢰서의 기재사항을 수정할 때에는 반드시 해당 학교의 장 또는 시·도교육감 (고등학교입학자격검정고시 합격자에 한함)의 날인이 있어야 함.