

## 令和3年度通級指導教室実施報告書

## 1. 通級指導教室を利用する児童生徒数

〇〇月 1日現在

通級指導教室設置校名		校長名	
通級指導教室名（障害種別）		通級担当教員名	
発達障害			
児童生徒数			
自校	他校	計	

## 2. 通級指導教室時間割

	月	火	水	木	金
1 時間目					
2 時間目					
3 時間目					
4 時間目					
5 時間目					
6 時間目					
放課後					

※通級様式 1（通級指導教室に通う児童生徒名簿）の番号を記入

※毎月 4 日（4 日が土・日・祝にあたる場合は直前の平日）までの提出