

所属長証明書(発達障がい児童生徒特別支援のための選考用)

氏名：

上記の者は

- ① LD(学習障がい)、ADHD(注意欠如多動症)、ASD(自閉スペクトラム症)等、発達障がいに関する専門の知識※1を有している。

※1 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、学校心理士、臨床発達心理士、特別支援教育士の有資格者、又は特別支援学校教諭普通免許状(平成19年3月31日以前に盲学校教諭免許状、聾学校教諭免許状、養護学校教諭免許状を有した者を含む)所有者。

- ② ①の資格を生かして学校やNPOなどで当該児童生徒の教育や療育等に携わった経験※2が令和5年度又は令和6年度にあり、かつ、令和7年3月31日現在で通算3年以上ある。

※2 小・中学校の特別支援学級、通級指導教室担当の教諭、講師(教員免許状を必要としない特別支援教育支援員等は含まない)、発達障がいの療育・相談機関等における療育・相談担当の経験。

以上2点を証明します。

令和6年____月____日

所 属 _____

職・氏名 _____

