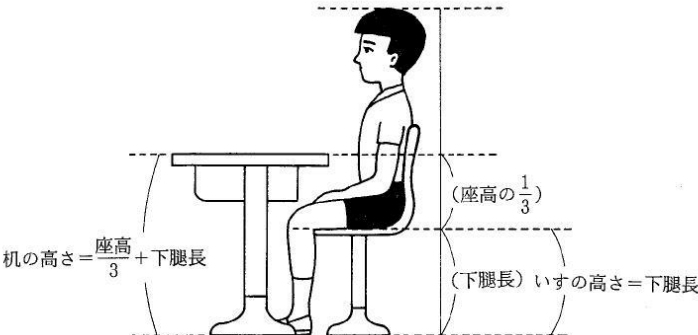


(参考様式) 教室等の備品の管理机、いすの高さ定期及び臨時検査票

(定期) (臨時)	令和 _____ 年度	学校名 _____
	教室等の備品の管理机、いすの高さ	調査者 職名 _____ 氏名 _____ (印)

学 校 長		学 校 薬 劑 師		保 健 主 事		養 護 教 諭	
-------------	--	-----------------------	--	------------------	--	------------------	--

実施日	判定	指導助言事項
1回目 (月 日)		
2回目 (月 日)		
3回目 (月 日)		
(基 準) 机面の高さは、座高 / 3 + 下腿長、いすの高さは、 下腿長であるものが望ましい。		

判定： ○・・・良い △・・・改善が望ましい ×・・・早急な改善を要す