

受付年月日	受付番号	受付者
令和4年 月 日		

[本科 保健医療科用]

入学願書

令和 年 月 日

福岡県立福岡高等視覚特別支援学校長 殿

本人氏名 _____

保護者等氏名 _____

(志願者が成人の場合は身元引受人)

貴校高等部本科の保健医療科第1学年に入学を志願します。

区 分	本 人	保 護 者 等 (身元引受人)
ふりがな 氏 名		
生年月日	【 昭和・平成 】 年 月 日生	/
現住所	〒 TEL	〒 TEL
出身中学校 または 特別支援学校名	学校 【 昭和・平成・令和 】 年 月 【 卒業・卒業見込み 】	本人との 関係
備 考	ア. 入学検査時の使用文字 【 点字 ・ 普通文字 】 イ. 入学検査時の使用補助具 () 借用希望【 蛍光スタンド ・ 拡大読書器 ・ 書見台 】 ウ. 寄宿舍への入舎(予定)【 希望する ・ 希望しない 】	

【 】内は該当するものに○印をつけること。