

受付年月日	受付番号	受付者
令和4年 月 日		

[専攻科 理療科・保健理療科用]

## 入学願書

福岡県立福岡高等視覚特別支援学校長 殿 令和 年 月 日

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)

貴校高等部専攻科の下記学科第1学年に入学を志願します。

【 理 療 科 ・ 保健理療科 】

理療科の志願者は、第二志望として保健理療科を

【 志 願 す る ・ 志 願 し な い 】

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	
出身高等学校 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。