| 受付年月日 | 受付番号 | 受付者 |
|---|---|---|
| 令和５年　　月　　日 | | |

〔専攻科研修科 情報コース用〕

# 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

貴校専攻科研修科の情報コースに入学を志願します。

| 区　　分 | 本　　人 | 保 護 者 等 |
|---|---|---|
| ふりがな<br>氏　　名 | 印<br>（自署の場合は押印不要） | 印<br>（自署の場合は押印不要） |
| 生年月日 | 【 昭和・平成 】<br>年　　月　　日生 | |
| 現　住　所 | 〒<br><br>ＴＥＬ | 〒<br><br>ＴＥＬ |
| あはき免許受験資格を取得した出身学校・養成施設名 | 学校<br>科<br>【 昭和・平成・令和 】　　年　月<br>【 卒業・卒業見込み 】 | 本人との関　係 |
| 免許の種類 | 所有免許 【 あん摩マッサージ指圧師 ・ はり師 ・ きゅう師 】<br>取得見込 【 あん摩マッサージ指圧師 ・ はり師 ・ きゅう師 】 | |
| 備　　考 | ア．入学検査時の使用文字<br>【 墨字拡大（16P文字）・ 墨字超拡大(22P文字）・ 点字 】<br>デイジーの併用　　【 あり ・ なし 】<br>イ．入学検査時の使用補助具　　（　　）<br>借用希望　【 蛍光スタンド ・ 拡大読書器 ・ 書見台 】<br>ウ．寄宿舎への入舎（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。