受付年月日	受付番号	受付者	
令和５年　　月　　日			〔専攻科研修科 産業理療コース ・再研修コース用〕

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下記コースに入学を志願します。

第一志望【　産業理療コース　・　再研修コース　】

第二志望【　産業理療コース　・　再研修コース　】

情報コースを【　併願する　・　併願しない　】

区分	本人	保護者等	
ふりがな 氏名	印 （自署の場合は押印不要）	印 （自署の場合は押印不要）	
生年月日	【 昭和・平成 】 年　月　日生		
現住所	〒 ＴＥＬ	〒 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 科 【 昭和・平成・令和 】　年　月 【 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 】 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 【 墨字拡大（16P文字）・ 墨字超拡大(22P文字）・ 点字 】 デイジーの併用　【 あり ・ なし 】 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。