受付年月日	受付番号	受付者
令和５年　　月　　日		

〔専攻科 理療科・保健理療科用〕

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

貴校専攻科の下記学科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
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
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。