令和６年度南風原高等支援学校 志願前相談申込書

**この申込書は鑑文とともに本校学校長宛に提出して下さい。**

※希望する志願前日の1週間前までに郵送又は持参でお願いします。

**※１０月１５日（火）から１１月２８日（木）までの日程で実施します。**

**（時間帯は本校で調整後、連絡。午前は９時半～13時、午後は１４時～　最終１６時受付）**

【志願前相談のみ希望日】

**第一希望日　　（　　　　　月　　　　　　日）　（　午前　・　午後　　）**

**第二希望日　　（　　　　　月　　　　　　日）　（　午前　・　午後　　）**

**第三希望日　　（　　　　　月　　　　　　日）　（　午前　・　午後　　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名 | 中学校　　　TEL（　　　　）－　　　　　　－  　　　　　　　　　　　　　支援学校　　FAX（　　　　　）－　　　　　－  担当者メールアドレス； | | |
| 本件担当者名 （職員名） |  | | |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | 性　別 |
| 生　徒　氏　名 |  | | 男　・　女 |
| 在　学　学　級  （該当する番号に○） | １．一般学級　　　２．特別支援学級 | １．卒業見込み　　２．卒　業 　　　　　　　　　　　　　　（R　　　年3月） | |
| 生　年　月　日 | 平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　（　　　　）歳 | | |
| 療　育　手　帳  **（該当するものに○）** | A1　　　　A2　　　　B1　　　　B2　　　　申請中　　　なし（未取得） | | |
| 疾　病　等 | （合わせ有する障害を持っている場合こちらへ記入） | | |
| フ リ ガ ナ |  | | |
| 保 護 者 氏 名 |  | | |
| 備　　　　　考 | ※療育手帳を申請中の場合･･･取得予定日（令和　　年　　　月　　　日）  ※療育手帳｢なし」の場合、軽度知的障がいが証明可能な診断書を準備する。 | | |
|

※その他　質問等