令和７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２０日（月）から１１月２８日（金）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（　通常学級　 通級　）２ 特別支援学級（　知的　 自閉症･情緒　 言語　）３ 特別支援学校 | 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