

(様式4) 特別支援学校入学願書 (高等部保健理療科用)

受付年月日		※令和6年 月 日		受検番号	※
志願者	ふりがな氏名				志願者写真貼付 1 脱帽 2 正面・上半身 3 縦4cm×横3cm 4 出願前3か月以内に撮影した写真を貼り付けること
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男・女	
	現住所	〒 (電話 - -)			
	出身校	立 学校 (昭和・平成・令和 年 月 日 卒業・卒業見込)			
保護者等	ふりがな氏名		志願者との関係		
	現住所	〒 (電話 - -)			
志願する学科		保健理療科			
志願理由					
宮崎県立明星視覚支援学校長 殿 私は、貴校高等部保健理療科第1学年へ入学したいので、必要書類を添えて出願します。 令和6年 月 日 志願者氏名 保護者等氏名					

害印

受検票 (令和6年度用)	
受検番号	※
ふりがな氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
出身学校	
志願する学科	保健理療科
※ 宮崎県立明星視覚支援学校長	
印	

- (注) 1 ※印の欄は記入しないこと。
 2 この受検票は、受検中必ず携帯すること。
 3 持参すべきもの
 学校長が指示するもの。

(注) ※印の欄は記入しないでください。