

(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4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4年 月 日 志願者氏名 保護者氏名 (印)									

害印

受検票 (令和4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。