|  |
| --- |
| 受検番号 |
| * 訪　　　　　番 |

［様式２］

［様式1］

入　学　願　書

　令和７年度群馬県立特別支援学校

高等部訪問教育入学者選考

受検票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　年　　月　　日

群馬県立　　　　　　　　　　　　　特別支援学校長　様

写真貼付

(縦4㎝　横3㎝)

正面、上半身で脱帽。ただし、生徒の状態によってはその限りではない。10月1日以降に撮影したもの。

カラー、白黒どちらも可。写真裏面に氏名を明記。

写真貼付

(縦4㎝　横3㎝)

正面、上半身で脱帽。ただし、生徒の状態によってはその限りではない。10月1日以降に撮影したもの。

カラー、白黒どちらも可。写真裏面に氏名を明記。

貴校　高等部訪問教育　第１学年に入学を志願いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 受検番号 | ※訪　　　　　 　番 |

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 志望校 | 群馬県立　　　　　　　　　 　特別支援学校 |

切り取らないこと

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 志  願  者 | ふりがな  氏　名 |  | | |
| 生年月日 | 平成　　　　　　年　　　　月　　　　日生 | | |
| 現 住 所 |  | | |
| 在 籍  学　　校 | 学校　令和　　　年　　月　　日　卒業見込 | | |
| 保護者  等 | 氏　　名 |  | 志願者との関係 |  |
| 現 住 所 | □志願者の欄に同じ | | |

校印

○　校印の無いものは無効とする。

○　受検の際に必ず持参すること。

○　合格通知書交付、入学手続関係

書類交付などの際にも必要となる

ので、受検後も大切に保管するこ

と。

［様式３］

調　査　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | 受検番号 | ※訪　　 　 番 |
| 学  籍  の  記  録 | ふりがな  氏　名 | |  | | | 性  別 |  | | 平成 年 月 日生 | |
| 現住所 | | 〒 | | | | | | | |
| 令和　　　　　　　　　 　　　　　入 学  　 　年　　　 月 　　 日 転入学  平成　　　　　　　　 　　　　　　編入学 | | | | | 令和 　　　年 　　月　　　日 卒業見込 | | | | |
| 特別  支援  学校  入学  前の  経歴 | |  | | | | 学校名  及び  所在地 | |  | | |
|  | | |
| 学  習  状  況 |  | | | | | | | | | |
| 障　害　区　分 | | | | 該当に○ | 障　害　の　状　態　及　び　特　記　事　項 | | | | | |
| 障  害  の  状  況 | 視覚障害 | | |  |  | | | | | |
| 聴覚障害 | | |  |  | | | | | |
| 知的障害 | | |  |  | | | | | |
| 肢体不自由 | | |  |  | | | | | |
| 病弱 | | |  |  | | | | | |
| その他の障害 | | |  |  | | | | | |
| この調査書の記載事項に誤りはありません。  令和　　年　　月　　日  学 校 名  校長氏名 　　 職印 | | | | | | | | | | |

（注）１ 該当する事項について○で囲む。

　 　　２ ※印欄には記入しない。

３　記入に当たっては、「群馬県立特別支援学校高等部入学者選抜実施要項」１２頁の［記入例］を参照すること。

［様式４］ 取扱注意

※　この診断書は、「群馬県立特別支援学校高等部訪問教育入学者選考」に必要な書類です。障害によ

り通学が困難な状態であることの説明を記載願います。

|  |
| --- |
| 受検番号 |
| ※訪 　　　　 　番 |

診　断　書

　群馬県立　　　　　　　　特別支援学校長　様

　　生徒氏名 　　　　 　　　　 について下記のとおり診断します。

１　障害名及び病名

　２　所　見

　　《障害の状態（通学が困難な状態の説明） 》

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 《投薬等の状況等》 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　令和 　　年 　　月　　 日

医療機関名

医師氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

（注）なお、この診断書は、開封無効でお願いします。

　　※印欄には記入しないでください。

［様式５－１］

**志願辞退届**

　　　　 令和　　年　　月　　日

群馬県立　　　 　　　　特別支援学校長　様

私は、都合により貴校への志願を辞退したいので、お届けします。

|  |  |
| --- | --- |
| 受　検　番　号 | 訪　　　　　　　　　　　番 |
| 志願者氏名 |  | |
| 保護者等氏名 |  | |

上記のことについて、了承しております。

令和　　年　　月　　日

立　　　　　　　　学校長　　　　　　　　　　　職印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 切り取らないこと |  |
|  |  |

［様式５－２］

**志願辞退証明書**

　　　令和　　年　　月　　日

学校名

志願者名

本校、高等部訪問教育を志願していた上記の者は、本人の都合により、志願を辞退したことを証明します。

※令和　　年　　月　　日

* 群馬県立　　　　　　　　学校長　　　　　　　　　　　職印

（注意）

　　※欄は、志願した県立特別支援学校において記入する。それ以外は、志願者又は志願者の保護者等及び志願者の在籍学校長が全て記入する。