

令和 8 年 度 高 等 部 入 学 志 願 者 募 集 要 項

高知県立高知江の口特別支援学校

1. 入学定員及び出願資格

(1) 入学定員

普通科第 1 学年 8 名程度

(2) 出願資格

次の上段の①または②を満たす者で、下段のア～ウのいずれかに該当するものとする。

①	慢性の呼吸器疾患、腎臓疾患及び神経疾患、悪性新生物その他の疾患の状態が継続して医療又は生活規制を必要とする程度のもの。
②	身体虚弱の状態が継続して生活規制を必要とする程度のもの。
ア	令和 8 年 3 月に特別支援学校の中学部、中学校又は義務教育学校を卒業する見込みの者。
イ	特別支援学校の中学部、中学校又は義務教育学校を卒業した者。
ウ	特別支援学校の中学部、中学校又は義務教育学校を卒業した者と同等以上の学力があると認められる者。

2. 出願手続等

(1) 出願期間

令和 8 年 1 月 1 9 日（月）から 1 月 2 7 日（火）まで
午前 8 時 3 0 分～午後 5 時必着

(2) 提出書類

入学願書	※本校指定の用紙を使用すること
受検票	※本校指定の用紙を使用すること
高知江の口特別支援学校高等部入学志願者調査書	
学習成績一覧表	
診断書	※本校指定の用紙を使用すること
主治医への病状聞き取り同意書	※本校指定の用紙を使用すること

※出身中学校長を経由して提出すること。

(3) 教育相談の実施

本校に出願しようとするものは、出願期間前に本校の教育相談を受けるものとする。

(4) 県外からの出願

県外から志願する者は、あらかじめ高知県教育委員会の承認を得て、出願しなければならない。

3. 選考検査

(1) 検査日

令和 8 年 2 月 6 日（金）

(2) 検査場所

高知県立高知江の口特別支援学校 高知県高知市大原町 120 番地 5

(3) 選考内容

学力検査（国語、数学、外国語）、面接、保護者等面接

(4) 日程

ア	受付	8:30	～	
イ	集合時間	8:45		（保護者等同伴）
ウ	検査場入場、諸注意	8:45	～	8:55
エ	学力検査	9:00	～	9:30 国語
		9:40	～	10:10 数学
		10:20	～	11:00 外国語（リスニング含む）
オ	面接	11:10	～	（保護者等面接が終わり次第開始）
カ	保護者等面接	学力検査と並行して実施		

(5) 追検査

検査当日、インフルエンザ等やむを得ない理由で欠席した場合、追検査をもって、検査に代えることができる。

追検査を希望する者は、令和8年2月6日（金）検査開始時刻までに、中学校長等を経由して本校校長に申し出、承認を得るものとする。実施期日、手続きについては本校の定めによる。

(6) その他

出願者のうち病弱以外の障害を併せ持つ場合は他の検査等を行うことがある。

4. 障害の判定

選考検査以降、高知県障害者教育支援委員会を開催し、障害の程度が学校教育法施行令第22条の3に該当するか否かの判定を行う。

5. 合格発表

令和8年3月2日（月）午前9時

受検番号を本校玄関に掲示するとともに、本人及び関係中学校長等あて通知をする。

6. 学力検査等の得点の口頭による開示の求め

(1) 開示内容

学力検査の教科別得点及び得点合計

(2) 口頭により開示の求めができる期間

令和8年3月3日（火）から4月2日（木）まで（ただし、土日祝を除く）

(3) 口頭により開示の求めができる場所と時間帯

本校

午前9時～午後5時

(4) 口頭により開示の求めができる者

受検生本人又は受検生の法定代理人

(5) 必要書類

ア 受検生本人の場合は受検票

イ 法定代理人の場合は受検票に加え、受検生の法定代理人であることを確認するための書類（戸籍抄本など）及び法定代理人本人であることを確認するための書類（運転免許証など）

7. 出願期間外の取扱い

特別な理由がある場合、令和8年3月2日（月）から3月13日（金）午後5時までに出席すること

ができる。
ただし、当該年度における同一学校の同一学科及び高知県障害者教育支援委員会により障害の程度が学校教育法施行令第22条の3に該当しないと判定された場合の再出願は認めない。

選考検査日、合格者の発表等については別に定める。

8. 合格者登校日

令和8年3月27日（金） 午前10時～12時

入学予定者は午前9時50分までに保護者等同伴で登校すること。

9. その他

入学予定者の教育課程（Ⅰ型・Ⅱ型）は、心理的諸検査、学力検査、面接及び調査書等をもとに総合的に判断して、本校で決定する。

※		入 学 願 書		※受検番号	
高知県立高知江の口特別支援学校長 様					
貴校高等部第 1 学年に入学を志望します。					
志 願 者	ふりがな 氏 名		生年月日	平成 年 月 日生	
	〒 現住所				
保護者等	氏 名		続 柄	志 願 者 の	
	〒 現住所 TEL				
うえの生徒は本校 卒業見込み 卒 業 の者であることを証明する。					
令和 年 月 日					
中 学 校 名 義務教育学校名 校 長 氏 名					

(注) 1 ※印の欄以外は、志願者又は中学校等で必要事項すべて記入すること。
2 卒業見込み・卒業については、該当事項を○で囲むこと。

令和8年度

受 検 票									
※ 受 検 番 号	※本校で記入								
氏 名		生 年 月 日	平成 年 月 日生						
出身(在学)中学校 出身(在学)義務教育学校									
高知県立高知江の口特別支援学校長 北中 加乃									
【注意事項】 1 学力検査当日は、午前8時45分までに検査場所に集合すること。 2 この受検票は受検当日に持参し、検査場内に持ち込み、机の右前に置くこと。 3 問題解答のために必要な次のもの以外は、受検場内に持ち込まないこと。 鉛筆（シャープペンシルを含む）、消しゴム、定規（分度器付を除く）、コンパス 4 計算や翻訳などの機能を持った時計や携帯電話などの機器類を検査場内に持ち込まないこと。									
		<table><tr><th colspan="2">日 程</th></tr><tr><td>学力 検査</td><td>9:00～11:00</td></tr><tr><td>面接</td><td>11:10～ (保護者等面接終了後)</td></tr></table>		日 程		学力 検査	9:00～11:00	面接	11:10～ (保護者等面接終了後)
日 程									
学力 検査	9:00～11:00								
面接	11:10～ (保護者等面接終了後)								

受検番号		副申書	
		自己申告書	

志願先	高知県立高知江の口特別支援学校 高等部 普通科										志願者	ふりがな		性別		生年月日	平成 年 月 日	卒業 又は 卒業見込み 年 月	年 月		
	氏名		現住所																		
各教科の学習の記録	教科	国語	社会	数学	理科	音楽	美術	保健体育	技術・家庭	外国語	総合的な学習の時間の記録	学年	学習活動	観 点	評 価						
	評 定	1年											1年								
		2年											2年								
		3年											3年								
	観点第3学年の状況	I											総合的な学習の時間の記録	1年							
		II																			
		III																			
	特別活動の記録	内容	観点						学年			1年	2年	3年	総合的な学習の時間の記録	2年					
		学級活動										総合的な学習の時間の記録	3年								
		生徒会活動																			
学校行事																					
	第3学年の状況	基本的な生活習慣	健康・体力の向上	自主・自律	責任感	創意工夫	思いやり・協力	生命・自然尊重・愛護	勤労・奉仕	公正・公平	公共心・公徳心	総合的な学習の時間の記録	3年								
出欠の記録	学年	出席しなければならぬ日数		欠席日数		特記事項 (遅刻・早退を含む)										記載事項に相違ありません。 令和 年 月 日 中学校名 義務教育学校名 校長氏名 記載者氏名					
	1年																				
	2年																				
	3年																				

学 習 成 績 一 覧 表

第 3 学 年 組

整 理 番 号	氏 名	学 習 の 記 録									合 計
		国 語	社 会	数 学	理 科	音 楽	美 術	保 健 体 育	技 術・家 庭	外 国 語	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

整 理 番 号	氏 名	学 習 の 記 録									合 計
		国 語	社 会	数 学	理 科	音 楽	美 術	保 健 体 育	技 術・家 庭	外 国 語	
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											

本校第3学年貴校受検者についてうえのとおり報告します。

令和 年 月 日

高知県立高知江の口特別支援学校長 様

中 学 校
義務教育学校

校 長 氏 名

記 載 者 氏 名



診 断 書					
住 所		県	市 郡	町 村	番地
氏 名					男 女
生年月日		平成	年	月	日 生
病 名		診断日			年 月 日
参 考 事 項	発病時期とその原因				
	主な症状と程度				
	学校生活上特に注意すべきこと				
	そ の 他				
上記の通り診断します。					
令和 年 月 日					
病院名					
医師名					

高知県立高知江の口特別支援学校

令和8年度高等部新規入学者用

(医療機関名)

様

(受診科名)

長様

主治医への病状聞き取り同意書

高知県立高知江の口特別支援学校高等部への下記生徒の就学に係り、本日から令和8年3月31日までの間、高知県立高知江の口特別支援学校教育相談担当者による主治医への聞き取りに同意します。

記

生徒氏名 _____

生年月日 _____年 _____月 _____日

令和 年 月 日

保護者等住所 _____

保護者等氏名 _____