

※受検番号

入 学 願 書 (期間外)

高知県立日高特別支援学校長 様

高等部第1学年に入学を希望します。

志 願 者	ふりがな		生 年 月 日
	氏 名		平成 年 月 日 生
	現住所	(〒 -)	
保 護 者	ふりがな		続 柄
	氏 名	(自署)	志願者の
	現住所	(〒 -)	住所は志願者と異なるときのみ記入のこと。
電話番号			
寄宿舎の利用について		(希望する ・ 希望しない)	
合格後入学前聞き取りに関する同意について		(同意する ・ 同意しない)	

卒 業 生

うえの志願者は、本校

であることを証明します。

卒業見込みの者

令和 年 月 日

学校名

学校長

..... 切り離し無効

※印以外は、志願者または出身校でご記入ください。

受 檢 票	
※受検番号	
氏 名	
寄宿舎利用	希望する ・ 希望しない
高知県立日高特別支援学校長 倉光 志保	

検査日	別途連絡します		
検査場所	高知県立日高特別支援学校		
日程	9:00~9:15	受付	
	9:20~9:25	日程説明	
	志願者	9:25~	選考検査
	保護者	9:25~	保護者面接
	入舍希望者は、並行して寄宿舎面接を実施します。		
持ち物	受検票、筆記用具、上履き		