令和6年度森川特別支援学校高等部志願前相談及び体験入学申込書

**締め切り10/24（火）必着　　郵送または持参**　　注）**FAX不可**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学　校　名 |  | TEL  FAX |
| 学級担任名 |  |
| 申込記入者名 | 本人との関係（保護者・学校関係者・その他（　　　　　） | TEL |
| 在籍学級  （該当するものに○） | １．通常の学級  ２．特別支援学級  ３．特別支援学校 | １．（　　　）年　卒業  ２．令和6年3月卒業見込 |
| （ふりがな）  **生徒氏名** |  | 性別  男　・　女 |
| 生年月日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　　　）歳 | |
| 保護者氏名 | 本人との続柄（　　　　　　　　） | TEL  携帯 |
| 医師による  診断名 |  | |
| 手帳の所持  （該当するものがあれ  ば記入してください） | ・身体障害者手帳（第　　種　　級）  ・療育手帳（　Ａ１　Ａ２　Ｂ１　Ｂ２　）  ・精神障害者保健福祉手帳（　１　２　３級　）  ・申請中（手帳種類：　　　　　　　　　　） | |
| その他 | 苦手意識が強い事柄や禁忌事項があればご記入下さい。  ※緊急時は引率の方（保護者、学校関係者）をお呼びします。校内で待機していて下さい。 | |
| 配慮してほしい点があればご記入下さい。 | |

　※個人情報は厳重に管理し、本校での体験入学以外の目的には使用しません。

**あて先 〒903-0128　西原町字森川151番地**

**沖縄県立森川特別支援学校　　　　学校長　岩﨑　政志　宛**