

受 検 票

(知的障がい教育部門・肢体不自由教育部門)

※受検番号		第	号
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; flex-direction: column; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="margin-bottom: 5px;">3.5cm×3cm</div> <div>上半身の写真</div> </div>			
出身校等			
ふりがな			
氏名			
生年月日	平成	年	月 日 生
福岡県立築城特別支援学校長 印			
検査場	福岡県立築城特別支援学校		

- (注) 1 志願する教育部門を○で囲む。
 2 ※欄は受検校で記入する。
 3 写真はカラー、白黒いずれでもよい。

受付年月日	受付番号	受付者	受検番号
※	※	※	※

<h2 style="margin: 0;">入 学 願 書</h2> <p style="margin: 0;">令和 年 月 日</p> <p style="margin: 0;">福岡県立築城特別支援学校長 殿</p> <p style="margin: 0;">福岡県立築城特別支援学校高等部第1学年 (知的障がい教育部門・肢体不自由教育部門) への入学を志願します。</p>		
区分	本人	保護者
ふりがな		
氏名		
生年月日	平成 年 月 日生	
現住所	〒	〒
出身校等		本人との関係
備考	中学校出身者については、3年時の所属学級を○で囲むこと。 (通常の学級 ・ 特別支援学級)	注: 「本人との関係」欄には、例えば父、母、叔父、叔母等と記入すること

- (注) 1 ※欄は受検校で記入する。
 2 志願する教育部門を○で囲む。
 3 本人、保護者氏名欄の押印は不要。

受検者心得

1 検査期日

令和6年3月21日（木）

2 受付時間

午前8時50分～9時10分まで

3 検査会場

福岡県立築城特別支援学校

築上郡築上町大字築城1561

TEL 0930-52-3121

4 この受検票は検査当日必ず持参すること。

5 必ず保護者同伴で検査を受けること。

6 その他の諸注意については検査当日検査場にて行う。