

令和 7 年 1 0 月 3 1 日

福島県立聴覚支援学校
高等部入学者選抜受験希望者 様

福島県立聴覚支援学校長
(公 印 省 略)

令和 8 年度 高等部入学者選抜にかかる教育相談の実施について
このことについて、下記のとおり実施しますので、受験希望者は必ずお申し込みください。
なお、教育相談を未実施の場合は受験できませんのでご留意ください。

記

- 1 対象者 令和 8 年度本校高等部入学者選抜受験希望者及び保護者
- 2 日時 令和 7 年 1 1 月 5 日（水）～令和 7 年 1 2 月 1 2 日（金）
 - （1）期間中の土・日曜日及び祭日は除く。
 - （2）上記期間で日程時間等調整の上、実施する。
 - （3）本校中学部からの希望者については、中学部主事を通して連絡調整する。
 - （4）本校中学部以外からの希望者については、在籍学校長を通して連絡調整する。
 - （5）過年度卒業生については、希望者本人が直接連絡し調整する。
 - （6）期間外の教育相談については、その都度調整の上、対応する。
- 3 場所 福島県立聴覚支援学校
〒963-0201 福島県郡山市大槻町字西ノ宮西 3 2 番地
- 4 相談内容
 - （1）障がいの状況
 - （2）現在の学習状況
 - （3）受験希望学科
 - （4）入学後に履修する教育課程の説明
 - （5）その他
- 5 準備物
 - （1）障がいのあることを証明するもの
療育手帳や障害者手帳の写し、医師の診断書又は意見書等
（本校中学部に在学中の希望者は必要ありません）
 - （2）別紙「教育相談申込書」
必要事項を記入して当日持参すること。
- 6 その他
 - （1）令和 8 年度福島県立聴覚支援学校入学者選抜募集要項は、1 1 月中旬にホームページに掲載します。

（事務担当 教頭 齋藤 電話 024-951-2081 Fax024-951-8410）

(別紙)

教育相談申込書（高等部受験希望者用）

福島県立聴覚支援学校

項 目	記 入 欄	備 考
ふりがな 受験希望者氏名		
生年月日	平成 年 月 日生	
住 所	〒	市町村から記入する
在学（出身） 中学校・中学部		県立の場合は県名から、市町村立は市町村名から記入する
所属学級	【 】 通常の学級 【 】 特別支援学級（聴覚・その他）	該当する現在の所属学級に○を記入する
ふりがな 保護者氏名	続柄【 】	保護者からみた続柄を記入する。 (例：【長男】等)
受験希望学科	普通科 情報工業科 生活技術科	現時点での希望を○で囲む
障害者手帳 障害の状況	障害者手帳（ 種 級） 聴力 左： d B（ ） 右： d B（ ）	該当する等級を記入（ ）には、人工内耳・補聴器の装用を記入
	療育手帳 （ 有 無 ）	該当するものを○で囲む
※その他、相談したい内容等ありましたらご記入下さい。		