

令和2年10月16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)

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下さい。

記

- 1 対象者 令和3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2年10月27日(火)～令和2年12月4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、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32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) 入学後の履修教育課程の説明
 - (5) その他
- 5 準備物
 - (1) 障がいを証明するもの
障害者手帳、医師の診断書等
 - (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3年度入学者選抜募集要項は、11月中旬にホームページに掲載します。

(事務担当 教頭 小山田幸江 Tel024-951-2081 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
中学校 在籍・出身中学 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
障害者手帳等	障害者手帳（ 種 級） 療育手帳（ ）	該当するものを記入
※その他、相談したい内容等ありましたらご記入下さい。		