**令和８年度茨城県立勝田特別支援学校高等部入学者選考に係る教育相談申込書**

**（通学区域中学校）**

学校名

住所

電話番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | ふりがな |  |
| 生徒氏名 |  | 男女 | 保護者氏名 |  |
| 生年月日 | 年齢 | 卒業年月（見込み） |
| 平成　　　年　　　月　　　日生 | 歳 | 令和　　　　　年　　　　　　月 |
| 生徒住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　-　　　-※住所は○○番地○○号等住民票と同じように記入してください |
| 現在の在籍学級（○で囲む） | １　知的障害特別支援学級在籍　　　２　自閉症･情緒障害特別支援学級在籍　　　　３　通常学級在籍　　　　４　その他（　　　　　　　　　　　）　 | 担任名 |  |
| 療育手帳の有無（○をつける） | 有（ ・Ａ・Ｂ・Ｃ ）　　・　　　無　　 |
| その他の手帳の有無（〇をつける） | 有（　　　　　　　　 ）　　・　 　 無 |
| 主障害 |  | 併せ有する障害 | 有（　　　　　　　　　）無 |
| 進路志望（勝田特別支援学校を含めて記入） | 第１志望（　　　　　　　　　　　　　）第２志望（　　　　　　　　　　　　　）第３志望（　　　　　　　　　　　　　）※第一志望に勝田特別支援学校と記入した場合は、第２・３志望の記入は必要ありません | 配慮を要する疾病等 | 有　・　無 |
|  |
| 欠席日数（遅刻・早退） | １年欠席　　　日遅刻　　　回早退　　　回 | ２年欠席　　　日遅刻　　　回早退　　　回 | ３年(９／30現在）欠席　　　日遅刻　　　回早退　　　回 | 欠席・遅刻・早退の主な理由保健室登校の有無 （ 有 ・ 無 ） |

教育相談希望日調査（必ずご記入ください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 第１希望日 | 第２希望日 |
| 　　　　　　　　月　　　日（　　）　　　　　午　前　・　午　後 | 　　　　　　　月　　　日（　　）　　　　　午　前　・　午　後 |

10月17日（金）までにご提出ください。