（様式第１号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **入　 学 　願　 書**  　 　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日    　 兵庫県立神戸聴覚特別支援学校長　様    　　　　 （ふりがな）  　　 志願者名    　　　　 （ふりがな）  　　保護者名  　 私は、貴校高等部第１学年に入学したいので、保護者と連署し、志願します。 | | | | | | | |
|  | 志願科・学科名 | | 志願科名 | 本・専 | 志願学科名 |  |  |
| 志願者 | 現住所 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 出身校  又は  在籍校 | 立　　　　　　　　　　　　　　　　学校    年　　　月　　　日　　卒業・卒業見込み | | | |
| 保護者 | 現住所 | 電話 | | | |
|  | | | | | | | |

注　出身校又は在籍校の校長の副申書を添付すること。