

受 検 票

兵庫県立神戸聴覚特別支援学校

(ふりがな)
志願者名

年 月 日生

志 願 学 科 名

(本科)
科

受 検 番 号

※

出身学校名

受 付 印

※

1 検査日 令和4年2月22日(火)

2 時程

開始	終了	
8:30	8:40	受 付
9:00	9:40	国 語
10:00	10:40	数 学
11:00	11:40	英 語
12:00	12:40	社 会
12:40	13:25	(昼食)
13:25	14:05	理 科
14:20		面 接

注 学力検査の当日持参すること。

「受検票」使用にあたって

- ・ A4サイズで印刷。
- ・ 志願者が自筆。
訂正は志願者・保護者印又は出身学校長の私印。
- ・ 左票の点線で切り取り。
- ・ ※には何も記入しない。

受 検 票

兵庫県立神戸聴覚特別支援学校

(ふりがな)
志願者名

年 月 日生

志 願 学 科 名

(専攻科)

科

受 検 番 号

※

出身学校名

受 付 印

※

1 検査日 令和4年2月22日(火)

2 時程

開始	終了	
8:30	~ 8:40	受 付
9:00	~ 9:40	作 文
10:00	~ 10:40	面 接
11:00	~ 11:40	
12:00	~ 12:40	
12:40	~ 13:25	
13:25	~ 14:05	
14:20	~	

注 学力検査の当日持参すること。

「受検票」使用にあたって

- ・ A4サイズで印刷。
- ・ 志願者が自筆。
訂正は志願者・保護者印又は出身学校長の私印。
- ・ 左票の点線で切り取り。
- ・ ※には何も記入しない。