（様式9号）

大分県立高等特別支援学校入学者選考出願前個別教育相談申請書

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　学校長　殿

保護者氏名

在学又は出身学校名

次のとおり、出願前個別教育相談を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 出願前個別教育相談希望日時＊第３希望まで記入＊午前・午後に○印 | 第１希望　　　　月　　　日　（　　　曜日）　午前・午後 |
| 第２希望　　　　月　　　日　（　　　曜日）　午前・午後 |
| 第３希望　　　　月　　　日　（　　　曜日）　午前・午後 |

※ 在学又は出身学校の校長を経由し、志願校へ令和　年　月　日（　）から令和　年　月　日（　）午後５時までに申し込んでください。

※ 希望日時を参考に調整し、相談日時を中学校等から連絡します。

※ 必ずしも希望どおりにならない場合があります。