

(様式9)

受検に関する教育相談確認書

(高等部保健医療科※、専攻科用)

整理番号

※

志	ふりがな 氏名		性別	男・女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
願	現住所	〒		
	出身学校			
者		昭和・平成・令和 年 月 卒業		

受 検 に 関 す る 事 前 の 認 識 の 確 認 事 項	受検に関する事前の教育相談実施日 令和6年 月 日 ()		
	実施校： 宮崎県立明星視覚支援学校		
	参加者	志願者 氏名 () 保護者等 続柄 () 氏名 ()	
確認事項	(1) 学校教育法施行令第22条の3に該当していることを確認した。 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (有・無) (等級： 種 級) (障がい名：) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (有・無) (障害等級： 級) <input type="checkbox"/> 医師の診断書 (有・無) (診断名：) (診断機関：) <input type="checkbox"/> その他 () (2) 特別支援学校の教育課程について説明を受けていることを確認した。 <input type="checkbox"/> 確認済 (3) 卒業後の進路について説明を受けていることを確認した。 <input type="checkbox"/> 確認済		

記載内容について、事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名

※高等部保健医療科については、卒業後5年を超える者のみ提出