

# 入 舎 願

令和 年 月 日

宮城県立聴覚支援学校長 殿

部・科 年 組

児童・生徒<sup>ふりがな</sup>氏名 印

保護者（保証人）<sup>ふりがな</sup>氏名 印

本校に入学が認められた場合には、下記の事由により入舎させたいのでご許可  
下さるよう、お願いいたします。また、この入舎願を取り下げる場合には、入学  
者選考日までに連絡いたします。

本 人

氏 名 生年月日 平成 年 月 日生

現住所

出身校(在籍校)

令和 年 月 日 卒業・修了・在籍中

保護者（保証人）

氏 名 本人との続柄

現住所

事 由 1 入舎希望年月日 令和 年 月 日

2 入舎希望の事由