【様式第１号】

宮城県外からの宮城県立聴覚支援学校高等部・専攻科出願承認願

令和　　年　　月　　日

宮城県立聴覚支援学校長　殿

志願者本人氏名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（本人署名又は記名押印）
昭和・平成　　年　　月　　日生

保護者（又は保証人）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（本人署名又は記名押印）

下記のとおり、貴校 ［ 高等部・専攻科（　　）科 ］ に入学したいので、出願を承認くださるよう保護者（保証人）連署の上、お願いします。

記

本人	現住所	〒（　　－　　）
	在学（出身）学校	
	卒業見込・卒業の年月	昭和 平成　　年　　月　　卒業見込・卒業 令和
	氏名	
保護者又は保証人	現住所	〒（　　－　　） 電話　　（　　）
	氏名	
出願先		宮城県立　　部科（　　）学科
理由		
	転居の場合、入学後の本人及び保護者の予定住所	〒（　－　）

学校所在地
〒（　　－　　）

学校長
氏　名　　印

上記のとおり相違ないこと、及び、貴校以外の宮城県内の公立特別支援学校高等部・専攻科、支援学校高等学園及び公立高等学校と併願していないことを証明します。

〈注〉１　理由は、できるだけ詳細かつ具体的に記入すること。
２　理由を証明する書類を添付すること。
３　返信用封筒（返信用切手貼付、あて先明記）を同封すること。