

第1号様式（特支専）

入学志願書					受検番号 ※		
沖縄県立沖縄盲学校長 殿							
貴校高等部専攻科に入学したいので、 保護者と連名の上出願いたします。							
令和 年 月 日							
志願者（自署）							
※ 自署が難しい場合は保護者が署名							
保護者（自署）							
志望	第一希望	科		第二希望	科		
志願者	ふりがな氏名			生年月日	年 月 日生		
				年齢	歳		
	現住所	〒					
	電話	(自宅) (携帯)					
	出身学校	年 月 卒業・卒業見込み					
保護者	ふりがな氏名			志願者との続柄 ()			
	現住所	〒					
	電話	(自宅) (携帯)					
				学力検査	問題	学力検査	解答
				拡大文字		拡大文字	
				点 字		点 字	
				録音		代 筆	

記入上の注意

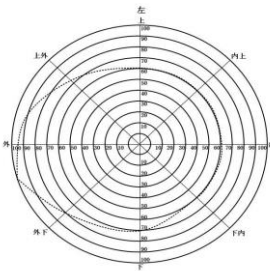
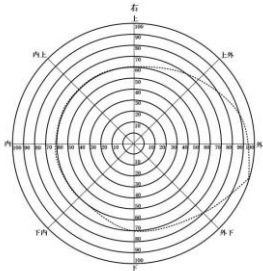
- 1 受検番号※の欄は、記入しない。
- 2 年齢は令和8年3月31日現在で記入する。
- 3 志願者が成年者のときは、保護者欄を保証人として読み替えて記入する。
- 4 希望する学力検査の問題及び解答方法に○を記入する。

第2号様式（特支専）

健康診断書

ふりがな 氏 名			出身学校等		
生年月日	年 月 日		卒業年月	年 月 卒業	
視 力	右	()			
	左	()			
聴 力	右	異常なし ・ 難聴			
	左	異常なし ・ 難聴			
胸部レントゲン		直接撮影 ・ 間接撮影 (フィルム番号)			
		所 見 (異常なし ・ 要管理)			
疾病及び健康に配慮を 要する事項					
上記のとおり相違ないことを証明する。					
令和 年 月 日					
所在地					
名 称					
医 師					
印					

第3号様式（特支専）

専 門 医 の 診 断 書						
現 住 所						
氏 名		年 月 日生				
視 力	裸 眼	右	左	矯 正	右	左
視 野	右			左		
		視野に関する所見			視野に関する所見	
病 名						
所 見						
上記のとおり診断する。						
令和 年 月 日						
住 所						
病 院 名						
電 話						
医 師 氏 名						
印						

※ 眼科医の診断によること。

第4号様式（特支専）

県外からの入学志願のための許可願

志願者 ^{ふりがな}氏名（自署）_____

※ 自署が難しい場合は保護者が署名
昭 和
平 成 年 月 日生

上記の者は、下記の理由により貴県の特別支援学校高等部専攻科へ入学志願したいので、よろしくお取り計らいくださいますようお願いいたします。

令和 年 月 日

保護者 ^{ふりがな}氏名 _____

沖縄県教育委員会教育長 殿

記

現 住 所					
沖縄県内の予定住所					
転 居 予 定 日	令和 年 月 日 予定				
志願者と保護者との続柄					
志願先特別支援学校名		障害種		学科	
志願の理由（詳細に記載し、その事情を証明する資料を添付すること。）					
上記の通り相違なく、また、志願者は貴県以外の公立特別支援学校高等部専攻科又は公立高等学校専攻科等に入学志願していないことを証明する。					
令和 年 月 日					
() 学校長 _____ 印					
所在地 (TEL :)					

上記の願いを許可する。
令和 年 月 日
沖縄県教育委員会
教育長 印

(注1) 虚偽の記載により入学した者については、当該学校長はその入学を取り消すことができる。
(注2) 提出先：〒900-8571 那覇市泉崎1丁目2番2号 沖縄県教育庁県立学校教育課

学校長 殿

記

ふりがな 志願者		出身学校	
志願校	沖縄県立 学校		

ふりがな
保 証 人(自署)

現 住 所

電話番号 _____

生 年 月 日 年 月 日生 (歲)

保護者または本人との関係

ふりがな
保 護 者 名(自署)

現 住 所