

受付年月日	受付番号	受付者
令和 年 月 日		
<h2 style="margin: 0;">入学（編入学）願書</h2> <p style="text-align: right; margin: 0;">令和 年 月 日</p> <p style="margin: 0;">福岡県立久留米聴覚特別支援学校長 殿</p> <p style="margin: 10px 0 0 40px;">貴校 幼稚部（年少・年中・年長）組（一般学級・重複学級）に [入学・編入学]を志願いたします。</p>		
ふりがな 氏 名	本人	保護者
生年月日	年 月 日生	本人との 関 係
現住所	〒 電話（ ）－（ ）－（ ）	
現在通っている 療育・教育施設等		
備 考		

受 検 票	
受検番号	※第 号
ふりがな	
氏 名	
生年月日	年 月 日生
福岡県立久留米聴覚特別支援学校長 <div style="float: right; border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-left: 20px;">印</div>	

注) ※印欄は久留米聴覚特別支援学校で記入する。

【受検に際して】

- 1 日 時 令和6年2月16日（金）
受 付 午前9時45分

- 2 場 所 福岡県立久留米聴覚特別支援学校
久留米市高良内町2935番地
TEL 0942（44）2304
FAX 0942（45）0139

- 3 その他
 - ・受検当日は、本受検票を持参すること。
 - ・必ず保護者同伴で来校すること。
 - ・筆記用具を持参すること。
 - ・体調不良等で受検できない場合は、
受付開始時刻までに学校に連絡すること。