令和７年度福島県立あぶくま支援学校高等部入学者選抜に係る

事前教育相談申込書

* 学校名： 　　　　　連絡先：

○送付者：職名（　　　　　　　）　　　氏名（　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 在籍学級どちらかを〇で囲む(障がい種別) |  |  |  | 希望日時第一希望 | 希望日時第二希望 | 希望日時第三希望 |
| 通常特別支援(　　 　) |  |  |  | 　　月　　日（　）　　　：　 ～ | 　　月　　日（　）　　　：　 ～ | 　　月　　日（　）　　　：　 ～ |
| 通常特別支援( 　　) |  |  |  | 　　月　　日（　）　　　：　 ～ | 　　月　　日（　）　　　：　 ～ | 　　月　　日（　）　　　：　 ～ |
| 通常特別支援( 　　 ) |  |  |  | 　　月　　日（　）　　　：　 ～ | 　　月　　日（　）　　　：　 ～ | 　　月　　日（　）　　　：　 ～ |
| 通常特別支援(　　 ) |  |  |  | 　　月　　日（　）　　　：　 ～ | 　　月　　日（　）　　　：　 ～ | 　　月　　日（　）　　　：　 ～ |
| 通常特別支援( 　　) |  |  |  | 　　月　　日（　）　　　：　 ～ | 　　月　　日（　）　　　：　 ～ | 　　月　　日（　）　　　：　 ～ |

※特別支援学級に在籍する生徒は障がい種別を次のように明記してください。

「知的障がい学級」→（知的）、　「情緒障がい学級」→（情緒）、これら以外の障がい学級→(その他)

※　１０月２１日(月)～１１月２０日（水）の間で必ず第三希望までを指定してください。

※　希望日時の指定がない場合は、日時の欄に｢一任」と御記入ください。

※　９月２日（月）必着で、郵送にて申し込んでください。

・受理後、日程を調整し、決定した相談日時を９月中旬にお知らせいたします。

・第三希望までにそえない場合は、御相談させていただきます。

* 事務担当・送付、問い合わせ先

〒963-0714　郡山市中田町赤沼字杉並１３９番地

福島県立あぶくま支援学校　高等部主事　 石垣　千晴

電話：０２４-９５６-１９１０