

受検番号：

令和 年 月 日

高等部専攻科に入学を志願します。

本人

保護者

志 願 者	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	※ 昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
	※ 志望学科	第 一 志 望		第 二 志 望
		1.専攻科理療科 2.専攻科保健理療科		1.専攻科理療科 2.専攻科保健理療科
	現 住 所	〒 ー 電話		
※ 入舎希望	有 ・ 無	※ 身体障害者手帳	有 ・ 無 (種 級)	
保 護 者	現 住 所	〒 ー 電話		続柄
学 歴	年 月 ※中学校・ 中学部卒業			
	年 月 ※高等学校・ 高等部卒業			
	年 月			
	年 月			
	年 月			

(注) ※欄は、該当事項を○で囲むこと。
受検番号欄は記入しないこと。

(裏面も記入)

検 査 方 法	<p>いずれかの検査方法を選択し、○で囲んでください。</p> <p>(普通文字 ・ 点字 ・ 問題読み上げ)</p>
	<p>【普通文字で受検する場合】</p> <p>希望文字サイズを○で囲んでください。</p> <p>(14 P [B5] 16 P [A4] ・ 20 P [B4] ・ 22 P [A3])</p>
	<p>希望する書体を○で囲んでください。</p> <p>(明朝体 ・ ゴシック体)</p>
	<p>【問題読み上げを希望する場合】</p> <p>希望する解答方法を○で囲んでください。</p> <p>解答は (自分でする ・ 代筆による)</p>