

FAX 送信票

令和 8 年度 県立鏡が丘特別支援学校高等部 入学者選抜

志願前相談 申込書（他校生用）

申込期限：9 月 2 日（水）

令和 8 年 月 日

県立鏡が丘特別支援学校高等部高等部

入試係 宛

学校名 _____

校長名 _____ 公印

電 話 _____

FAX _____

ご担当者名 _____（担任・その他）

ふりがな					
生徒氏名					
保護者名					
住 所					
保護者電話番号					
志願前相談参加者（続柄）					
学校ご担当者来校の有無		有 ・ 無			
希望日/時間		—	第一希望	第二希望	第三希望
日 付	9/14(月)～9/18(金)	いつでも可○	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
	9/24(木)～9/25(金)				
	9/28(月)～10/2(金)				
時 間	① 9:50～10:20				
	② 10:50～11:20				
	③ 13:20～13:50				
	④ 14:10～14:40				
寄宿舍入舎希望		希望する ・ 希望しない			
特記事項					

*決定した日時の通知予定：9 月 9 日（水）

■お問い合わせ■ 県立鏡が丘特別支援学校 高等部 入試係

担当： 上運天匡 玉寄久乃 電話：098-877-4940 FAX:098-877-9958