

# 普通科受検願（コース選択）

令和

年

月

日

大阪府立中央聴覚支援学校長様

以下の通り、普通科を受検いたしたいのでお願ひいたします。

|           |         |   |   |    |
|-----------|---------|---|---|----|
| 希望<br>コース | 特進コース※  |   |   |    |
|           | 総合コース   |   |   |    |
|           | 生活応用コース |   |   |    |
| 本人        | ふりがな    |   |   |    |
|           | 名前      |   |   |    |
|           |         | 年 | 月 | 日生 |
| 保護者       | ふりがな    |   |   |    |
|           | 名前      |   |   |    |
|           | 緊急連絡先   | 一 | 一 |    |

※ 特進コース希望者で本校の基準に満たない場合は、総合コースの入学となる。