

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いいたします。

希 望 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
	学校
保 護 者	ふりがな
	名 前
	緊急連絡先 ー ー

※ 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。