

# 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	<input type="checkbox"/> 特進コース※ <input type="checkbox"/> 総合コース <input type="checkbox"/> 生活応用コース
本 人	ふりがな
	名    前
	[ 昭和 ・ 平成 ]            年            月            日生
	学校    [ 卒業 ・ 卒業見込み ]
保 護 者	ふりがな
	名    前
	緊急連絡先                            —                            —

※    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。