

# 入 学 願

令和 年 月 日

大阪府立中央聴覚支援学校長 様

本人名

\_\_\_\_\_

保護者名

\_\_\_\_\_

貴校幼稚部 歳児学級に入学いたしたいので、お願いします。

|             |            |                |   |     |     |
|-------------|------------|----------------|---|-----|-----|
| 本<br>人      | ふりがな<br>名前 |                |   |     |     |
|             | 現住所 〒      |                |   |     |     |
|             |            | (電 話           | — | — ) |     |
|             |            | (F A X         | — | — ) |     |
|             | 生年月日       | 平成・令和          | 年 | 月   | 日 生 |
| 保<br>護<br>者 | ふりがな<br>名前 | 本人<br>との<br>関係 |   |     |     |
|             | 現住所 〒      |                |   |     |     |
|             | [本人の欄と同じ]  | (電 話           | — | — ) |     |
|             |            | (F A X         | — | — ) |     |

(記入上の注意)

住民票の記載のとおり記入すること