

入学者選抜に関する特別措置願

令和 年 月 日

_____高等学校長様

出身中学校名_____中学校

志願者氏名_____

保護者氏名_____

次のとおり、入学者選抜において特別措置をしてください。

1 措置の内容

2 理 由

3 志願先高等学校等

志願先高等学校	志 願 課 程	本・分校	学科・コース

措置の内容に係り、中学校においては定期考査等を実施する際に次のような配慮をしており、上記のことは、適当と認められます。

令和 年 月 日

_____中学校長氏名_____



- 〔注意〕 1 ※印の欄には、記入しないこと。
2 「措置の内容」については、当日の検査等で必要な配慮を細かく記入すること。
3 「理由」は具体的に記入すること。
4 点字検査用紙を必要とする者、機器等による検査問題の閲覧や解答を必要とする者及び発達障害を理由とする者が、この様式を使用する場合は、必要に応じて「宛先」を志願する高等学校を所管する教育委員会教育長に訂正すること。
5 機器等による検査問題の閲覧や解答を必要とする者及び発達障害を理由とする者は、医師の診断書及び中学校における個別的教育支援計画等を添付して提出すること。
6 中学校卒業後5年を超える者については、出身中学校長による記入は不要とする。

受付番号	※	高 等 学 校 受 付 印
受検番号	※	※