〔様式第 15 号〕

09

# 入学者選抜に関する携行願

令和　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿特別支援学校長様

出 身 学 校 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

志 願 者 氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保 護 者 氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以下の携行品に関して、次の理由により、携行を承認してください。

１　携　行　品

２　理　　由

３　志願学科等

| 本校　　分校<br>分級　分教室 | 学科・コース | 受付番号 |
|---|---|---|
| | 科<br>コース | |

---

１ 承認します。

２ 承認できません。
【承認できない理由】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿特別支援学校長　印

〔注〕「１ 承認します。」又は「２ 承認できません。」のいずれかを〇で囲み、承認できない場合は、その理由を記載すること。