〔様式第20号〕

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  分級　分教室 | 学科・コース | 受付番号 |
| 科  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○で囲み，承認できない場合は，その理由を記載すること。