

# 受 検 票

※ 受検番号	第 号
ふりがな	
氏 名	
生年月日	平成 年 月 日生 令和
福岡県立福岡聴覚特別支援学校長 印	

(注) ※印欄は福岡聴覚特別支援学校で記入する。

## 【受検について】

- 日時 令和6年2月15日(木)  
受付 午前9時30分
- 場所 福岡県立福岡聴覚特別支援学校  
福岡市早良区荒江3-2-1
- その他
  - 受検当日は、本受検票を持参すること。
  - 体調不良等で受検できない場合は学校に連絡すること。

受付年月日	受付番号	受付者
<h2>入 学 願 書</h2>		
令和 年 月 日		
福岡県立福岡聴覚特別支援学校長 殿		
貴校 幼稚部 第 学年に入学を志願します。		
	本 人	保 護 者
ふりがな		
氏 名		
生年月日	平成 年 月 日生 令和	
現住所	〒	
現在通っている 療育・教育施設等		本人との 関係
備 考		