**体験入学申込書**

　鳥取県立白兎養護学校長　様

　　　　　　　　　　　　学校長

下記のとおり貴校への体験入学を申し込みます。

記

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記載者名　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 体験希望日 | 第１希望　　月　　日(　　) 　、　第２希望　　月　　日(　　) | | | |
| ふりがな  体験者氏名 |  | | | |
| 生年月日 | 平成　　年　　月　　日生　(　　)歳 | | 性別 | 男　女 |
| 所属 | ・学校名（　　　　　　　　　　　　　　　）学年（　　　　）年  ・所属学級に○をつけてください  通常の学級  特別支援学級( 知的障がい、自閉症・情緒障がい、肢体不自由) | | | |
| 障害者手帳 | 手帳（有・無）　　　　交付年:　平成・令和　　　年  有の場合〇印　　①療育手帳（A・B要介助・ B）  ②身体障害者手帳（　　級）  ③精神障害者保健福祉手帳（　　級） | | | |
| 健康の状況 | 常用薬（有・無） | 主治医（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| てんかん発作（有・無）・座薬使用（有・無）・ブコラム使用（有・無） | | | |
| アレルギー（有・無）※有の場合:アレルギーの種類（　　　　　　　） | | | |
| 食物アレルギーの場合:対象食物と対応  食物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  対応（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 在籍している学校・園 | 住所　　〒  E-mail | | | |
| 連絡先:電話(　　　　)　　　　　　　　FAX(　　　　) | | | |
| 窓口となる方  【担任・特別支援教育主任・学年主任・その他(　　　　　)】  　氏名 | | | |
| 保護者 | ふりがな  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　続柄(　　　　) | | | |
| 住所　〒 | | | |
| 連絡先:　電話(　　　　) | | | |
| 当日の来校者 | 本人・保護者(　　)・担任・特別支援教育主任・学年主任・その他(　　　) | | | |
| 体験入学の目的 |  | | | |