※　様式第18号（出身校で交付）

障害のある受検者等に対する特別措置申請書

令和　　年　　月　　日

茨城県立　　高等学校長　殿

出 身 校 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

志願者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（〒　　－　　）

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

貴校の入学者選抜において、障害のある受検者等に対する特別措置を次のとおり申請します。

１　志願を希望する課程・学科

全日制 定時制	課程	科（　　）

２　障害の状況等（具体的に記入してください。）

３　学力検査に関して要望する特別措置等（箇条書きで記入してください。）

注１　課程については、該当するものを◯で囲む。　　（Ａ４判）

２　（　）内には、コース名等を記入する。

３　書ききれない場合は、別紙（任意様式）を添付する。