

第1号様式（特支幼）

入 学 志 願 書				
沖縄県立_____学校長 殿			受検番号 ※	
貴校幼稚部に入学したいので、保護者と 連名の上出願いたします。			<div>写 真</div> <div>(1)旅券申請用判 縦 4.5cm×横 3.5cm 程度 (2)正面、上半身、無帽 (3)出願前 3 ヶ月以内に 撮影したもの (4)カラー、白黒、両方可 (5)写真の裏に氏名及び 生年月日を記入</div>	
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
志願者 _____				
保護者 _____				
志 願 者	ふりがな氏名		生年 月日	平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
	現住所	〒		
	保育経験			
保 護 者	ふりがな氏名		志願者との続柄（ _____ ）	
	現住所	〒		
	電 話	(自宅) _____ (携帯) _____		

記入上の注意

- 1 受検番号※の欄は、記入しない。
- 2 年齢は3月31日現在で記入する。

第2号様式－1（特支幼）

健 康 診 断 書 （幼稚部受検者用）

ふりがな 氏 名			出身 保育所等	
生年月日	年 月 日		修了 年月日	修了（卒園） 年 月 日 修了（卒園）見込
視 力	右	（ ）		
	左	（ ）		
聴 力	右	異常なし ・ 難聴		
	左	異常なし ・ 難聴		
結核に関すること		問診票（裏面参照）		
		所 見 （ 異常なし ・ 要管理 ）		
疾病及び健康に配慮を 要する事項				
<p>記載事項を確認の上、そのとおり相違ないことを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>名 称</p> <p>医 師 印</p>				

※視力・聴力の記入に関して、医師等の診断、検査をもとに記入するが、諸検査等を実施出来ない場合は、発達段階、障害の状態に合わせ日常的な生活の様子から詳細を記述する。

第2号様式－2（特支幼）

1. 結核に関する健康診断にかかる問診調査票（保護者が記載し、担当医と確認してください。）

保護者氏名（ ）

調 査 内 容		どちらかに○を付けてください	
質問 1	お子様は、過去2年間に結核性の病気（例：肺浸潤、胸膜炎又は肋膜炎、頸部リンパ腺結核）にかかったことがありますか？	は い 年 月頃	いいえ
質問 2	お子様は、過去2年間に結核に感染を受けたとして予防のお薬を飲んだことがありますか？	は い 年 月頃	いいえ
質問 3	お子様の、家族や同居人で過去2年間に、結核にかかった人がいますか？	は い 年 月頃	いいえ
質問 4	お子様は、過去3年以内に通算して半年以上、外国に住んでいたことがありますか？		は い いいえ
	補問	※質問4で「はい」と答えた方へ	
	4-1	それはどこの国ですか？（ ）	
質問 5	お子様は、この2週間以上「せき」や「たん」が続いていますか？		は い いいえ
	補問	※質問5で「はい」と答えた方へ	
	5-1	お子様は、その「せき」や「たん」で医療機関において、治療や検査を受けていますか？	は い いいえ
	5-2	お子様は、ぜんそく、ぜんそく性気管支炎などといわれていますか？	は い いいえ
質問 6	お子様は、いままでBCGの接種（スタンプ式の予防接種）を受けたことがありますか？ （母子健康手帳の予防接種の記録の欄を見てご確認ください）		は い いいえ
	補問	※質問6で「いいえ」と答えた方へ	
	6-1	それはどうしてですか？	

2. これまでに接種した定期予防接種に○をつけてください。

（母子健康手帳の予防接種の記録の欄を見てご確認ください）

- ① DPT（第1期3回， 第1期追加）
- ② 麻しん・風しん(MR第1期)
- ③ 日本脳炎(第1期初回2回， 第1期追加)

※ まだ受けていない予防接種について受けなかった理由を記入してください。

第3号様式（特支幼）

<h2 style="margin: 0;">専 門 医 の 診 断 書</h2>	
現 住 所	
氏 名	年 月 日生
病 名 ※障害名	
障 害 種 ※主障害を○で囲んでください。	
聴覚障害	知的障害
肢体不自由	病弱
（ 視覚障害については別様式）	
所 見 <u>（※障害の程度・検査名・検査結果等を必ずご記入下さい）</u>	
<p style="text-align: center;">上記のとおり診断する。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> 年 月 日 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 10px;"> 住 所 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 病 院 名 電 話 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 医師氏名 印 </div>	

※ 障害種別の専門医の診断によること。

※ 視覚障害については、沖縄盲学校専攻科と同書類、3号様式（特支専）を使用すること。

第4号様式（特支幼）

県外からの入学志願のための許可願

志願者 ^{ふりがな}氏名 _____

平成
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

上記の者は、下記の理由により貴県の特別支援学校幼稚園へ入学志願したいので、よろしくお取り計らいますようお願いいたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者 ^{ふりがな}氏名 _____

沖縄県教育委員会教育長 殿

記

現 住 所			
沖縄県内の予定住所			
転 居 予 定 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 予定		
志願者と保護者との続柄			
志願先特別支援学校名		障害種	
志願の理由（詳細に記載し、その事情を証明する資料を添付すること。）			
上記の通り相違なく、また、志願者は貴県以外の公立特別支援学校幼稚園又は公立幼稚園等に入学（園）志願していないことを証明する。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 所属園等名（ _____ ） 所属長名 _____ 印 所在地（ _____ ） TEL： _____			

上記の願いを許可する。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 沖縄県教育委員会 教育長 _____ 印
--

（注1）虚偽の記載により入学した者については、当該学校長はその入学を取り消すことができる。
（注2）所属園等がない場合は、所属園等名、所属長名等は空白でよい。
（注3）提出先：〒900-8571 那覇市泉崎1丁目2番2号 沖縄県教育庁県立学校教育課