

令和2年度 沖縄県立特別支援学校幼稚部入学者選抜実施要項

1 方針

沖縄県立特別支援学校の幼稚部における入学者の選抜は、障害の種類や程度に応じ次の方針に基づいて実施する。

- (1) 選抜は、入学志願先の特別支援学校の校長（以下「志願先学校長」という。）が所定の出願書類、発達検査（標準化されたもの）、行動観察及び面接の結果を基にして行う。
- (2) 選抜は、入学志願者（以下「志願者」という。）が募集定員を超過すると否とにかかわらず行う。

2 出願資格

学校教育法施行令（昭和28年政令第340号）第22条の3の規定に該当する者で、募集年度の3月31日で満年齢が3歳、4歳又は5歳に達するもの。

3歳児：平成28年4月2日～平成29年4月1日生まれ

4歳児：平成27年4月2日～平成28年4月1日生まれ

5歳児：平成26年4月2日～平成27年4月1日生まれ

3 募集定員

募集定員は別に定める。

4 出願期間

出願期間は、県教育委員会教育長（以下「教育長」という。）が別に定める。

5 出願手続

志願者は、沖縄県立特別支援学校の通学区域に関する規則（平成22年3月31日沖縄県教育委員会規則第3号。以下「通学区域の規則」という。）により定められた1校に出願することができる。

志願者は、(1)～(5)を志願先学校長に提出しなければならない。

- (1) 入学志願書（第1号様式）
- (2) 健康診断書（第2号様式）
- (3) 専門医の診断書（第3号様式）
- (4) 住民票謄本（マイナンバーの掲載がなく、出願日前3か月以内に発行されたものとする。）
- (5) 志願先学校長が指定する調査書

6 選抜の方法

- (1) 志願先学校に、校長を委員長とする選抜委員会を置く。
- (2) 選抜委員会は、所定の出願書類、発達検査、行動観察及び面接の結果を基にして選抜を行う。
- (3) 行動観察及び面接は、志願者全員について志願先学校長の定めるところにより実施する。

7 発達検査等の期日及び検査場

- (1) 期日
発達検査等の期日は、教育長が別に定める。
- (2) 検査場
発達検査等の検査場は、志願先学校とする。

8 入学予定者及び教育相談予定者の発表

期日、方法等については、教育長が別に定める。

9 入学手続

入学予定者は、沖縄県立特別支援学校管理規則(平成 12 年沖縄県教育委員会規則第 8 号) 第 18 条の規定に基づき、所定の期日までに入学手続を完了しなければならない。

10 その他

志願先学校長は、この要項に基づいて募集要項を作成し、募集年度の 10 月 31 日までに県教育委員会、関係機関等に送付するものとする。

令和2年度沖縄県立特別支援学校幼稚部入学者選抜 実施要項の実施に関し、教育長が定める事項等について

1 出願期間

- (1) 入学志願書の受付日は、令和元年11月14日（木）、15日（金）の2日間とする。
※ 志願希望者は、志願を希望する特別支援学校幼稚部において9月末日までに志願前教育相談を受けるものとする。
- (2) 受付時間は、11月14日（木）は午前9時から午後5時までとし、11月15日（金）は午前9時から午後4時までとする。
- (3) 志願先学校長は、受付締め切り後、受付状況を11月15日（金）、午後5時までに沖縄県教育庁県立学校教育課へ電話等で報告し、後に志願状況・名簿を提出するものとする。
(FAX 098-866-2718 / 電話 098-866-2715)

2 発達検査等の期日

- (1) 期 日
発達検査及び面接は、令和元年11月28日（木）及び11月29日（金）に行う。

3 入学予定者及び教育相談予定者の発表

- (1) 発表は、令和元年12月6日（金）午前9時に志願先学校において行う。
- (2) 志願先学校長は、保護者に「入学予定者」もしくは「教育相談予定者」となることを通知する。
- (3) 志願先学校長は、「入学予定者」及び「教育相談予定者」の決定後、速やかに名簿を沖縄県教育庁県立学校教育課へ電話等で報告し、後に当該名簿を提出するものとする。
(FAX 098-866-2718 / 電話 098-866-2715)

第1号様式

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。

令和_____年_____月_____日

志願者_____

保護者_____ 印

写 真

(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

志 願 者	ふり 氏	がな 名		生年 月日	平成_____年_____月_____日生
				年齢 性別	歳（ 男 ・ 女 ）
	現住所	〒			
	保育経験				
保 護 者	ふり 氏	がな 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、募集年度の3月31日現在で記入する。
- 3 性別の欄は、該当する文字を○で囲む。

第2号様式-1

健康診断書 (幼稚園受検者用)

ふりがな 氏名			出身保育 所等	
生年月日	年	月	日	修了(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				
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。 年 月 日 所在地 名称 医師 印				

※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

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

専 門 医 の 診 断 書

現 住 所

氏 名

年 月 日生

病 名

※障害名

障 害 種 (※主障害を○で囲んで下さい)

視覚障害

聴覚障害

知的障害

肢体不自由

病弱・身体虚弱

所 見

(※検査名・検査結果があればご記入下さい)

上記のとおり診断する。

年 月 日

住 所

病 院 名

電 話

医師氏名

印

障害種別の専門医の診断によること。