

様式1

＜船橋市立船橋特別支援学校＞

(提出日 令和 年 月 日)

入 学 願 書

※1 受検番号	
---------	--

令和 年 月 日

船橋市立船橋特別支援学校長 様

志願者氏名

保護者氏名

貴校高等部に入学したいので、保護者連署をもって志願いたします。

写 真

縦 4 c m × 横 3 c m
(正面上半身脱帽)
令和8年8月1日以降
に撮影したもので、白
黒・カラーいずれも可

志 願 者	現 住 所	〒
	ふりがな 氏 名	性別 () (平成 年 月 日生)
保 護 者	現 住 所	〒
	ふりがな 氏 名	
	連絡先	自宅・勤務先・その他 () 電話 () ー

※2 上記の志願者は、 年 月 (入学・転入学・編入学) し、 年 月 (卒業見込み・卒業) の者で、本書の記載事項は事実と相違なく、 かつ同日に行われる公立高等学校に出願していないことを証明する。

令和 年 月 日

立

学校長

印

注意

- 1 保護者の現住所が志願者と同じ場合は、「志願者に同じ」と略記すること。
- 2 必要事項を記入し、当該事項を○で囲む。なお、※1の欄及び※2の欄(中学校の校長が記入)は記入しないこと。

診 断 書

現 住 所 〒

氏 名

生年月日

1 障害の状態

(1) 障害名 障害の程度

(2) 現在の状況（服薬，発作等の有無）

2 学校生活上，特に留意すべき事項（運動，集団生活等への適応状況）

3 その他参考となる事項

※必ず発達検査の結果を記載すること

上記の通り診断します。

令和 年 月 日

医療機関の名称

医 師 氏 名



令和9年度
入 学 者 選 考 受 検 票

※受検番号 _____

※午前選考の部・午後選考の部

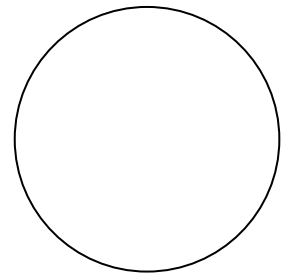
写 真

縦 4 c m × 横 3 c m
(正面上半身脱帽)
令和8年8月1日以降
に撮影したもので、白
黒・カラーいずれも可

受付印

氏 名 _____

在籍または
出身学校名 _____



※印の欄は記入しないこと

受検者心得

- 1 検査当日、この票を必ず持参すること。
- 2 期 日
令和9年2月17日(水)
- 3 時 間
【午前選考の部】 8時45分から11時00分まで
・保護者同伴で、8時45分までに来校して受付を済ませてください。

【午後選考の部】 12時45分から15時00分まで
・保護者同伴で、12時45分までに来校して受付を済ませてください。
- 4 内 容
(1) 検査
(2) 保護者の面接
- 5 持参するもの
【受検者】 受検票 上靴 体操服上下 筆記用具
【保護者】 上履き(スリッパ等)
療育手帳・身体障害者手帳(取得されている方のみ)

調 査 書

船橋市立船橋特別支援学校

ふりがな				性別	男 ・ 女	
生徒氏名				生 年 月 日	平成 年 月 日生	
在籍 (該当するものに○)		特別支援学校 ・ 通常の学級 特別支援学級 (知的) ・ 特別支援学級 (自閉症情緒)				
学籍の記録		本年度卒業見込み 過年度卒業 (年 3 月卒)			疾 病 等	療 育 手 帳 () 身体障害手帳 ()
出 欠 の 記 録	区分 学年	当該生徒が出 席しなければ ならない日数	欠席日数	欠 席 の 主 な 理 由		
	1					
	2					
	3					
※12 月 末 日 現 在 で 記 入						
[学校での様子など] 記載に不足がある場合は、裏面をお使いください。						
※アレルギーの有無等について、必ず裏面も記入の上、提出をお願いします。						
本書の記載事項に誤りがないことを証明します。						
令和 年 月 日						
市立 学校長						
記載者 職・氏名						
印						

裏面

ふりがな		性 別	男 ・ 女
生徒氏名		生年月日	平成 年 月 日生
[学校での様子など]			
アレルギー等，健康面での配慮			
アレルギーの有無	有 ・ 無	原因物質	
[アレルギーの詳細，その他健康面での配慮など]			

入 学 辞 退 届

令和 年 月 日

船橋市立船橋特別支援学校長 様

受検番号

志願者氏名

㊞

保護者氏名

㊞

私は都合により、入学を辞退するので、お届けします。

上記のことを了承しています。

学校長

㊞

注意 志願者が未成年の場合、 本人の押印を省略することができる。

追選考受検願

令和 年 月 日

船橋市立船橋特別支援学校長 様

志願者氏名

保護者氏名

下記の理由により追選考を受検したいので、提出します。

記

本選考を受検できなかった理由

--

注意

本検査を受検できなかった理由を証明する書類（※）を添付すること。

※「本選考不受検理由証明書」〔様式 7〕もしくは医師の診断書（加療期間が示されていること）

本選考不受検理由証明書

令和 年 月 日

船橋市立船橋特別支援学校長 様

中学校

校長



下記のとおり、当該志願者が本選考を受検することができなかった理由を証明します。

記

1 志願者氏名

2 本選考を受検できなかった理由

--

3 出席停止期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

注意

- 1 上記 2 については、罹患した疾患名、症状、発症期間等、本選考を受検することができなかったやむを得ない理由を具体的に記入すること。
- 2 感染症のため外出できない期間がある場合は、上記 3 に明記すること。

仮出願の申請書

申請日 令和 年 月 日

船橋市立船橋特別支援学校長 様

受 検 番 号
志願者氏名
保護者氏名

下記の理由により仮出願いたします。

記

知的障害を証明する書類の遅延理由

--

提出予定日 令和 年 月 日

※入学選考日前日（ただし、土・日を除く。）午後 4 時までに、知的障害を証明する書類を提出すること。

※知的障害がないと診断された場合又は提出期限までに知的障害を証明する書類の提出が無かった場合、入学志願を取り消すものとする。

上記のことを了承しています。

立

学校長



通学区域外からの入学志願証明書

船橋市立船橋特別支援学校長 様

志願者氏名

保護者氏名

現 住 所
〒

記

理由

入学時の住所（〒

上記の理由により、貴校への入学願書は正当であることを証明します。

令和 年 月 日

立

学校長



注意

- 1 市外居住者が志願する場合は、理由欄に入学時の住所（船橋市内）を記入すること。
- 2 その他、校長が必要と認める書類がある場合は添付すること。