|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | **出願資格該当者証明書** |
| ふりがな氏　　名 |  | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| ①　日常生活での行動が一人でできる者　　　□該当する　　　　　　　□該当しない |
| ②　公共交通機関等の利用が可能な者　　　□該当する　　　　　　　□該当しない |
| ③　保護者・本人ともに本県に住所を有する者　　　□該当する　　　　　　　□該当しない |
| ④　合格した場合は、必ず入学する者□該当する　　　　　　　□該当しない |
| ⑤　鏡わかあゆ高等支援学校の専門学科の個別の教育相談を本年度に受けている者　　　□該当する　　　　　　　□該当しない |
| ※　知的障がいを証明するもの（証明するものを添付する）　　　□療育手帳の写し（コピー）□知的障がいの有無を判断できる専門医による診断書 |
| 　本生徒は、貴校の出願資格に該当することを証明します。　　　令和　　年　　月　　日学 校 名　職印　　　　学校長名　 |

**様式１２**