|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **引 率 者 調 査 票** | | | | | | |
| 熊本県立鏡わかあゆ高等支援学校（ファックス：０９６５－５２－５１６１） | | | | | | |
| 中学校名 | 中学校 | | 記入者名 | |  | |
| 受検者数 | 人 | | | | | |
| 出身学校の引率 | あり　・　なし | | | | | |
| ※出身学校の引率「あり」の場合は右記を記入 | 引率者氏名 |  | | 携帯番号 | |  |
| 引率者控室の利用希望 | | あり　・　なし | | | |
| ①受検番号 |  | | ①受検者氏名 | |  | |
| ①保護者等の引率 | あり　・　なし | | | | | |
| ※保護者等の引率「あり」の場合は右記を記入 | ①保護者等氏名 |  | | ①携帯番号 | |  |
| ①引率者控室の利用希望 | | あり　・　なし | | | |
| ①昼食の同席希望 | | あり　・　なし | | | |
| ②受検番号 |  | | ②受検者氏名 | |  | |
| ②保護者等の引率 | あり　・　なし | | | | | |
| ※保護者等の引率「あり」の場合は右記を記入 | ②保護者等氏名 |  | | ②携帯番号 | |  |
| ②引率者控室の利用希望 | | あり　・　なし | | | |
| ②昼食の同席希望 | | あり　・　なし | | | |
| ③受検番号 |  | | ③受検者氏名 | |  | |
| ③保護者等の引率 | あり　・　なし | | | | | |
| ※保護者等の引率「あり」の場合は右記を記入 | ③保護者等氏名 |  | | ③携帯番号 | |  |
| ③引率者控室の利用希望 | | あり　・　なし | | | |
| ③昼食の同席希望 | | あり　・　なし | | | |
| ④受検番号 |  | | ④受検者氏名 | |  | |
| ④保護者等の引率 | あり　・　なし | | | | | |
| ※保護者等の引率「あり」の場合は右記を記入 | ④保護者等氏名 |  | | ④携帯番号 | |  |
| ④引率者控室の利用希望 | | あり　・　なし | | | |
| ④昼食の同席希望 | | あり　・　なし | | | |

**提出期限：令和３年（２０２１年）１月２１日（木）１５時まで**