|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　　　□該当する　　　　　　　□該当しない |
| ②　公共交通機関等の利用が一人で可能である　　　□該当する　　　　　　　□該当しない |
| ③　保護者・本人ともに本県に住所がある　　　□該当する　　　　　　　□該当しない |
| ④　合格した場合は、必ず入学する　　　　　　　□該当する　　　　　　　□該当しない |
| ⑤　鏡わかあゆ高等支援学校の本年度の個別の教育相談を受けている　　　□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　 |