様式８

|  |
| --- |
| 学力検査に関する特別措置願令和　　年　　月　　日　愛媛県立　　　　　高等学校長 様学校名校長氏名　　　　　　　　　　　　　職印　次のとおり、特別の措置をお願いします。　１　入学志願者 |
| 　氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　性別 |
| 　平成　昭和 | 　　　年　　　月　　　日生 |
| 　令和平成　昭和 | 　　　年　　　月　　　日 | 卒業見込み・卒業修了見込み・修了 |
| 　２　措置の内容　３　理由 |
| 　４　志願学科 |
|  | 課　　　程 | 大　　学　　科 | 学　　　区 |  |
| 全　日　制定　時　制 |  | 内　・　外 |
|  |

注１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とし、縦長に使用すること。

　２　「入学志願者」の項の令和・平成・昭和、卒業見込み・卒業及び修了見込み・修了は、該当する文字を○で囲むこと。

　３　「措置の内容」及び「理由」の項は、具体的に記入すること。

　４　「志願学科」の項の「課程」及び「学区」欄は、該当する文字を○で囲むこと。

　５　普通科とのくくり募集をする学科にあっては、「大学科」欄に略称を記入すること。

６　疾病又は障がいの程度の分かる診断書等を添付すること。