

受検方法等申請書

(横浜市立横浜サイエンスフロンティア高等学校附属中学校)

令和 年 月 日

横浜市教育委員会教育長

志願者氏名

保護者氏名

住所

横浜市立横浜サイエンスフロンティア高等学校附属中学校の入学者の募集及び決定に関する要項の**1 (4)**カに規定する志願者の受検方法等について次のとおり申請します。

1 適性検査の実施にあたり配慮してほしい事項（箇条書で記入してください。）

2 申請の理由（具体的に記入してください。）

車椅子使用の有無（該当する方に○印をつけてください。）

有 無

3 学校長の所見

上記の受検上の方法等が必要であると考えます。

（申請内容について追加することがあれば記入してください。）

令和 年 月 日

学校名

校長氏名

所在地

電話番号

印