

様式第1号（第6条関係）

整理番号

入 学 願 書

兵庫県立神出学園に入学したいので、許可くださるようお願いいたします。

年 月 日

兵庫県知事 様

本人 住所 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_

電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 番

保護者 住所 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_

電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 番

様式第2号

履 歴 書

(記入に当たっては、下の注意をよくお読みください。)

提出日 ( 年 月 日) 現在

写真添付欄

- 1 正面上半身を無帽で撮影したもの(裏面に記名)
- 2 縦4.5cm、横3.5cmのもの
- 3 提出日の前3ヶ月以内に撮影したもの

本 人	ふりがな		
	名 前	年 月 日生 ( 歳) 男・女	
保 護 者	現住所	〒 (      ) 電話 (      )      番	
	名 前	本人との続柄	
学 歴	年 月	立	中学校入学
	年 月	立	中学校卒業・卒業見込み
	年 月		学校 入学 (現在 年在籍)
	年 月		学校 卒業・退学
	年 月		学校 入学
職 歴	年 月から 年 月まで	(      ) に勤務	
	年 月から 年 月まで	(      ) に勤務	
	年 月から 年 月まで	(      ) に勤務	
備 考 (休学等の状況)			

- 注意 1 インク又はボールペンで、本人が自書してください。  
 2 所定の欄に記入しきれないときは、別の紙に記入してこの履歴書に添付してください。  
 3 職歴の欄には、アルバイト等も記入してください。

趣味・特技		
資格等	取得年月日	資格等の名称
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
応募の動機		

- 注意
- 1 インク又はボールペンで、本人が自書してください。
  - 2 所定の欄に記入しきれないときは、別の紙に記入してこの履歴書に添付してください。
  - 3 職歴の欄には、アルバイト等も記入してください。

# 照 会 回 答 書

(ふりがな)						人物に関する所見	
名 前							
年 月 日生 (男・女)							
学 歴	年 月 卒業 中学校 卒業見込					不登校に至った経緯	
	年 月 高等学校入学 (現在 年在籍)						
	年 月 卒業 高等学校 卒業見込						
	休学・退学等の 状況 卒業後の略歴 その他の特記 事項						
特別活動等の記録	特別活動					その際の学校の対応	
	部 活 動						
出 欠 の 記 録	学年	1年	2年	3年	4年	出願に至った経緯	
	摘要						
	出席すべき日数						
	欠席日数						
	出席日数						
	出席日数の内、 出席扱いの日数					令和 年 月 日 学 校 名 校 長 名 記 載 者 職 名 前	印
	欠席等の 主な理由						
	出席扱い の理由						



6 アレルギーがありますか。 ( はい ・ いいえ )

・「はい」の場合は、以下の質問にお答え下さい。

どんなアレルギーですか。 例)薬・アトピー性皮膚炎・食物・花粉症・蜂・動物  
[ ]

どのような症状ですか。 例)そばを食べると、のどがかゆくなる  
[ ]

アレルギーの原因は何ですか。 例)薬の名前、卵やサバ、アナフィラキシーショックを起こしたことがある  
[ ]

どんな治療を受けていますか。 例)ステロイドを塗っている  
[ ]

生活上注意することがありますか。例)除去食事、食事制限をしている  
[ ]

本人はアレルギーがあることを自覚し、アレルギーの原因をさけることができますか。  
( はい ・ いいえ )

7 からだの症状をよく訴えますか。 ( はい ・ いいえ )

・「はい」の場合は、該当する症状に○印を入れてください。

頭痛	腹痛	胃痛	下痢	便秘	吐き気	肩こり	歯痛	耳痛	眼痛
胸痛	咳	動悸	腰痛	鼻づまり	鼻汁	だるい	関節痛	発熱	めまい
喘息	睡眠不足	寝付きが悪い	何度も目が覚める	食欲がない	ケガをしやすい	月経痛			
イライラする	生理が止まっている	過呼吸 (突然呼吸が速くなり、めまいやしびれが起こること)							

その他 [ ]

8 自分のからだを傷つけたりしたことはありますか。  
( ・以前あった 歳頃 ・以前はあったが今はない ・今もある ・ない )

家族に攻撃的になったり、物を壊したことがありますか。  
( ・以前あった 歳頃 ・以前はあったが今はない ・今もある ・ない )

9 心配なことはありますか。

10 発熱時等急変時は、夜間の場合でもお迎えをお願いしますがどなたがいらしてくださいますか。  
[ ]

11 予防接種歴について記入して下さい。(母子手帳等を参考)

\*「MR」(麻疹・風疹混合ワクチン)を受けられた場合は、「麻疹」「風疹」両方に記入して下さい。

麻疹(はしか)	1回目:	年	月	日	,	2回目:	年	月	日
風疹(三日はしか)	1回目:	年	月	日	,	2回目:	年	月	日
水痘(みずぼうそう)	1回目:	年	月	日	,	2回目:	年	月	日
流行性耳下腺炎(おたふく風邪)	1回目:	年	月	日	,	2回目:	年	月	日

12 福祉手帳をお持ちですか。 ( はい ・ いいえ )

・「はい」の場合は、該当するものに○をつけてください。

身体障害者手帳      療育手帳      精神障害者保健福祉手帳

また、そのことを本人はご存じですか? ( はい ・ いいえ )

※今後学園生活において学園が医療機関の受診が望ましいと判断した場合は、医療機関の受診をお願いしますので、ご了承ください。

(上記の1~12について保護者が記載及び、確認し、※下線の内容について同意の際には、下の欄に署名願います。)

年 月 日 保護者名 [ ]

