様式第４号の３

令和　　年　　月　　日

　高知県教育委員会事務局

　　　　　　高等学校課長　様

学 校 名

校長氏名

**特別措置事前協議申請書**

　本校生徒（卒業生）について、下記のとおり特別措置に係る事前協議を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 志願者 | ふりがな氏　　名 |  |
| 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 | 性別 |  |
| 志願先高等学校課程・コース名 |  |
| 必要とする特別措置 |  |
| 申請の理由 | 学校生活における本人の状況を記載してください。医師による診断を受けている場合は、診断名や医師からの指示など具体的に記載してください。 |
|  |
| 本校で実施している定期考査や授業等における配慮事項（※） | 学習時の支援内容やこれまでの支援実績、支援による成果、その他配慮事項を具体的に記載してください。 |
|  |
| 添付書類 |  |

※別紙への記載を可とする。その場合、本様式の記載欄にはその旨を記載すること。