（様式171表）Ａ４判

|  |
| --- |
| 入学者選抜の種類  （該当する選抜を○で囲む） |
| 自立支援選抜  自立支援補充選抜 |

　　　　　　　　　　　　＜自立支援・自立支援補充選抜用＞

　　　※印は志願先高等学校で記入する。

|  |
| --- |
| 受　験　番　号 |
| ※ |

推　　　薦　　　書

令和 　 年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　高等学校長　様

中学校名

印

校長名

下記の者を貴校　　　　　　　　　科知的障がい生徒自立支援コースへの志願者として推薦します。

記

　　　志願者名

|  |
| --- |
| 推薦する理由 |

（注）裏面も記入すること。欄が不足する場合は、本様式をコピーし、別紙として添付してもよい。

（様式171裏）

|  |
| --- |
| 障がいの状況及び中学校などにおける生活のようす |
| 仲間づくり、交流活動、志願する高等学校との連携など中学校などにおける取組 |