|  |
| --- |
| 受付番号 |

（様式24）（Ａ４判）

**学 力 検 査 等 実 施 上 の 配 慮 申 請 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

東京都立　　　　　　　　　高等学校長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ

志願者　　氏　　名

生年月日　　　　　　年　　　月　　　日生

保護者　　住　　所

氏　　名

　 （自 署）

　 電　　話

　東京都立高等学校入学者選抜実施要綱の規定により、障害のある受検者に対する配慮のうち、学力検査等実施上の配慮を下記のとおり申請します。

記

１　志願校名　　東京都立　　　　　　　　　　　高等学校（全・定）　　　　　　　　　コース・科（分野）・部

２　配慮内容（検査に際して希望する配慮に○を付け、（　 ）内は記入してください。）

|  |
| --- |
| (1)検査時間　（教科名　　　　　　　　　　　　　）を　　　　　分にしてほしい。⇒（別室受検になります。）  ※（外国語（英語）は最大70分、他の教科は最大75分までです。）  (2)検査会場　①普通の教室でよい（ア 前の方　イ 出入口近く　ウ １階　エ （　　　　　））　②特殊な机  　　　　　　 ③別室受検　　　④家族による送迎　　　⑤車椅子の使用　　　⑥介助者等の同行  ⑦（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  (3)検査方法　（例えば、問題・解答用紙の拡大や面接における配慮などを具体的に記入してください。）  (4)そ の 他　①器具の持込み（例　補聴器、ルーペ、ＩＣＴ機器等）（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　 ②その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |

３　申請理由（障害の内容や程度などを含めて、上記２の配慮を希望する理由を具体的に記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

４　中学校長記入欄

|  |
| --- |
| 上記のとおり、受検上の配慮が必要であると考えます。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  公印  校長名　　　　　　　　　　立　　　　　　　　中学校長  学校所在地　〒  学校の電話番号 |

（注意）

　１　本申請書は、中学校長を経由して、令和７年１２月１９日（金）までに志願する都立高校長に提出してください。

　２　申請後、都立高校の学力検査日以前に他校に入学手続を終えた場合、直ちに中学校長に連絡してください。

　３　中学校に在学していない者は、中学校長を経由する必要はありません。

　４　推薦に基づく選抜においても、本申請書を提出することができます。その際は、標題の「学力検査等」に二重線を引き、「推薦選抜」と書き換えてください。