

平成30年度学生募集要項

株式会社 WAP コーポレーション
代表取締役社長 岡 本 正
福祉事業型「専攻科」エコールKOBÉ
学 園 長 河 南 勝

1. 募集対象事業：福祉事業型「専攻科」
自立訓練（生活訓練）事業＝障害支援サービス事業
（平成23年3月16日 認可 認可番号 2810600839号）
2. 募集人数：15名 ※補欠等をとる場合があります。詳しくはお問い合わせください。
3. 入学に伴う費用等：
 - ① 自立訓練事業です。入学金、学費等の徴収は一切ありません。
 - ② 障害者総合支援法に定められた費用の支払いが生じる場合があります。
※各個人によってこととなります。
 - ③ 必要な経費の実費負担があります。
※約15,000円（月額）程度
 - ④ 更生訓練費（月額6,300円他）等の受給を受ける事が出来る場合があります。
※各市町村等により状況は異なります。詳しくは各市町村福祉事務所へお問い合わせください。
4. 募集対象者：
 - ① 知的障害、もしくは精神障害をお持ちの方（療育手帳等が必要です）
 - ② 当学園で学びたいという強い意欲をご本人がお持ちの方
 - ③ 自力で通学できる方（送迎サービスはありません）
 - ④ 身辺自立が可能な方

※原則として年齢等是不問ですが、来年3月に特別支援学校高等部等卒業予定の方を優先させていただきます。
5. 募集時期：平成29年10月2日月曜日～10月6日金曜日（必着）
6. 応募書類：①「入学申込書」②「健康診断書」または「健康に関する記録（写し）」＊
③「調査書」＊＊
＊特別支援学校・高等学校等で保健室保管のもの（健康状態のわかるもの）
＊＊特別支援学校・高等学校等で作成したもので、学力等が客観的に判断できるもの
7. 面接・検査日：平成29年10月17日火曜日～10月20日金曜日
8. 面接・検査について：
 - ①面接は本人面接及び保護者面接があります。
 - ②検査に関しては、特別支援学校高等部程度の簡単な作文、計算等の検査を行います。
9. 合格発表について：平成29年10月26日木曜日
※発表は、特別支援学校に郵送いたします。特別支援学校に在籍でない方には本人宛に郵送いたします。
※電話等での個人的なお問い合わせは、日常業務（学園運営）に支障をきたす場合がありますので、固くお断りいたします。

受付 番号		整理 番号	
----------	--	----------	--

エコールKOB E 入学申込書

ふりがな		性別	生 年 月 日	本人写真 (添付欄)
氏名		男 ・ 女	平成・昭和 年 月 日生まれ (満 歳)	
住所	〒 —			
ふりがな		続柄	(ご自宅)	
家族代表者 氏名			電話番号 他	(携帯) (E-mail)
認定を受け ている障害 の区分等	手帳の種別	等級及び程度区分		
上記の者を、貴学園(事業所)へ入学(入所)させたいので、関係書類を添えて申し込みます。				
平成 年 月 日				
保護者 氏名 _____ 印				
福祉事業型「専攻科」 エコール KOB E 学園長 殿				
<u>卒業(見込み)証明書</u>				
上記の者は、本校において【中学校(中学部)・高等学校(高等部)】 の課程を【卒業した・本年度卒業見込みである】ことを証明する				
平成 年 月 日				
学校名				
校長名 _____ 印				