〔様式第８号〕

30

追検査受検願提出者名簿

平成　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　特別支援学校長様

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　学校長　印

貴校の追検査を希望している者は，次のとおりです。

本校　　分校 分級　分教室	学科・コース	受付番号	氏　名	※ 区　分	※ 備　考
	科 コース			承認・不承認	

注１　※印欄については記入しないこと。
　　２　必要な文字を〇で囲むこと。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　学校長様

上記の者の追検査の受検の承認（不承認）については，区分欄に記載のとおりですので，該当者に別紙「追検査受検承認（不承認）通知書」を速やかに交付してください。
また，承認者に対しては，追検査当日，当該通知書を携行するよう周知してください。

平成　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　特別支援学校長　印

注１　区分欄の「承認」又は「不承認」のいずれかを〇で囲むこと。
　　２　承認できない者については，備考欄に理由を記載すること。
　　３　特別支援学校においては，提出された原本を保管すること。