様式第20号

追検査受検願

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　高等学校長様

出身中学校名　　　　　　　　　　　　中学校

選抜（Ⅱ）

この度，　　帰国生徒等の特別入学に関する選抜　　　を次の理由により，受検すること

併設型高等学校入学者選抜

ができませんでしたので，追検査の受検を承認してください。

１　理　　　由

２　志願課程等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課　程 | 本・分校 | 学科・コース | 受検番号 |
|  |  |  |  |

　上記について相違ないことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　中学校長氏名　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付番号 | ※ | 高等学校受付印 |
| 受検番号 | ※ | ※ |
|  |  |

〔注意〕　１　選抜名は該当するものを○で囲むこと。

２　※印欄については，記入しないもの。

３　中学校卒業後５年を超える者については，中学校長による記入は不要とする。