

追検査受検承認（不承認）通知書

令和 年 月 日

受付番号 _____ 番

_____ 様

_____ 特別支援学校長

令和 年 月 日付けで申請のあった一次募集の追検査の受検については、

次のとおりです。

1 承認します。

2 承認できません。

【承認できない理由】 _____

[注] 「1 承認します。」又は「2 承認できません。」のいずれかを○で囲み、承認できない場合は、その理由を記載すること。

(注意) この通知書は、追検査当日、検査会場へ携行し、受付で提示してください。