

追検査受検願

令和 年 月 日

_____ 特別支援学校長様

出身学校名 _____

志願者氏名 _____

保護者氏名 _____ (印)

この度、(一次募集 ・ 二次募集 ・ 新型コロナウイルス感染症に係る追検査) を次の理由により、受検すること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 志願学科等

本校 分校	学科・コース	受付番号
分級 分教室	科 コース	

上記について相違ないことを証明します。

_____ 学校長氏名 _____ (印)

受付番号	※	特別支援学校受付印
		※

- [注意]
- ※印の欄には記入しない。
 - 必要な文字を○で囲むこと。
 - 出身学校卒業後5年を超える者については、出身学校長による記入は不要とする。