

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 _____

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 分級 分教室	学科・コース	受付番号
		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
<p>[注意]</p> <p>1 ※印の欄には記入しない。</p> <p>2 必要な文字を○で囲むこと。</p> <p>3 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。</p>		※