

追検査受検願

令和 年 月 日

_____高等学校長様

出身中学校名_____中学校

志願者氏名_____

保護者氏名_____

この度、

一次選抜

帰国生徒及び外国人生徒等の特別入学に関する選抜

連携型中高一貫教育に関する選抜

秋季入学のための選抜

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 志願課程等

志願課程	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_____



受付番号	※	高 等 学 校 受 付 印
受検番号	※	※

- 〔注意〕 1 該当する選抜名を○で囲むこと。
2 ※印の欄には、記入しないこと。
3 「理由」は当日の症状等、受検が困難であった旨を記入すること。
4 中学校卒業後5年を超える者については、出身中学校長による記入は不要とする。
5 大規模災害による罹災等にあつてはやむを得ず受検できなかった理由が証明できる書類、疾病にあつては検査当日の医師の診断書を添付して提出すること。