

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> <ol style="list-style-type: none"> ※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。 | | ※ |