

追 検 査 受 検 願 提 出 者 名 簿

令和 年 月 日

\_\_\_\_\_ 特別支援学校長様

\_\_\_\_\_ 学校長

貴校の二次募集の追検査を希望している者は、次のとおりです。

本校 分級	分校 分教室	学科・コース	受付番号	氏名	※ 区 分	※ 備 考
		科 コース			承認・不承認	

- [注意] 1 ※印欄については記入しないこと。  
2 必要な文字を○で囲むこと。

\_\_\_\_\_ 学校長様

上記の者の追検査の受検の承認（不承認）については、区分欄に記載のとおりですので、該当者に別紙「追検査受検承認（不承認）通知書」を速やかに交付してください。

令和 年 月 日

\_\_\_\_\_ 特別支援学校長

- [注意] 1 区分欄の「承認」又は「不承認」のいずれかを○で囲むこと。  
2 承認できない者については、備考欄に理由を記載すること。  
3 特別支援学校においては、提出された原本を保管すること。