

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 ) 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

[注意]

- ※印の欄には記入しないこと。
- 必要な文字を○で囲むこと。
- 出身学校卒業後5年を超える者又は専攻科を出願した者については、出身学校長による記入は不要とする。
- 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(新型コロナウイルス感染症を含む。)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。

受付番号	※	特別支援学校受付印
		※