

(様式5-1)

追検査受検願

文 書 番 号
令和 4年 ○月 ○日

長崎鶴洋 高等学校長 様

○ ○ ○ ○ 中学校長 印

貴校志願の本校生徒（卒業生）について、下記の理由により、追検査を受検させていただきようお願いします。

志願者	受検番号	○ ○ ○ ○
	氏 名	鶴 洋 翔 太 郎
	理 由	○○…

- (注) 1 追検査の対象となる者は、インフルエンザ等、本人に責任を帰さないやむを得ない理由によって、本検査の一部又はすべての受検ができないと判断できる者に限る。
- 2 理由の欄は、学力検査当日に受検できなかった理由を具体的に記入すること。
- 3 追検査受検願（本様式）と併せて、受検できなかった理由が正当であることを証明できる書類（医師の診断書等）を添付して、中学校長から志願先高等学校長へ提出すること。