

(様式5-1)

追検査受検願

文 書 番 号
令和 6年 〇月 〇日

長崎鶴洋 高等学校長 様

〇 〇 〇 〇 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くようお願いします。

志願者	受検番号	〇 〇 〇 〇
	氏 名	鶴 洋 翔 太 郎
	理 由	〇〇…

- (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において本検査場及び別室での受検が困難な者に限る。
- 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。