

追検査受検申請書

県内の中学校を經由しない者用

令和 年 月 日

高等学校長 様

出願者 氏 名（自署）

保護者 氏 名（自署）

電話番号

私は次のとおり、保護者連署をもって追検査の受検を申請します。

志願する課程	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制
受検番号	
出願学科（群）・部	科（群）・部
追検査の受検を申請する検査	<input type="checkbox"/> 第一次選抜学力検査 <input type="checkbox"/> 国語 <input type="checkbox"/> 数学 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 理科 <input type="checkbox"/> 社会 <input type="checkbox"/> 独自検査 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 通信制前期選抜 <input type="checkbox"/> 自己表現 <input type="checkbox"/> 面接
理由	

※ 印の欄には、該当するところに「レ」印を記入する。