

追 検 査 願 い 書

令和 年 月 日

浜松開誠館高等学校
校長 高橋 千広 様

中学校名

校 長 名



下記の者に追検査を受検させていただけるよう、お願いします。

記

受検番号	氏 名	理 由	備 考

- (注) 1. 理由欄には、病気、交通事情等と記入してください。
2. 備考欄には、学力検査を受けられなかった場合は「学力検査」、面接を受けられなかった場合は「面接」、また、学力検査を受検できなかった場合には、受けられなかった教科名を記入してください。なお、学力検査において全教科受検できなかった場合には「全教科」と記入してください。
3. 本用紙は、複写（コピー）して使用することができます。
4. 該当受検者が出た場合、速やかにFAXで送信してください。また、原本は後日郵送してください。（FAX 053-455-1660 浜松開誠館高等学校）