

追 検 査 願 い 書

令和 年 月 日

浜松開誠館中学校
校長 高橋 千広 様

小学校名

校長名

印

下記のように、追検査をさせていただきますようお願いいたします。

記

1. 志願者氏名 性別 ()

2. 追検査理由

- (注) 1. 本用紙は、コピーをして使用してください。
2. 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 浜松開誠館中学校)