令和　　年　　月　　日

受検上の配慮願

　静岡県富士見高等学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　志願学科・コース

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受検番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　志願者氏名

　下記の通り、受検上の配慮をお願いします。

記

　　１　配慮を希望する事項・内容

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

　　　　　上記の配慮が必要であると判断します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　中学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　校長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞