令和　　年　　月　　日

追検査受検願

　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

　この度、入学者選抜を下記の理由により受検することができませんでしたので、追検査の受検を承認していただきたく届け出ます。

記

　　１　理　　由

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

　　　　　上記について相違ないことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　中学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　校長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞