様式１７

**追検査受検許可願書**

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　**高等学校長　様**

ふ　り　が　な

 　　　　　志願者氏名

保護者氏名

　 私は、保護者連署をもって、追検査の受検を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受検番号 |  |
| 　申請する検査 | 　□　国語　　□　理科　　□　外国語（英語）　□　社会　　□　数学　　□　面接　　□　実技検査　　□　作文 |
| 　追検査を申請する理由 |  |
| 　上記志願者の追検査の申請について、相違ないことを副申します。 令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学 校 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校長氏名　　　　　　　 　 印 |

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　**追検査受検許可書**　　　　　　　　　　第　　　　号 志願者受検番号志願者氏名 　上記の者に追検査の受検を許可する。許可する検査等　　　　　　　　□　国語　　　□　理科　　　□　外国語（英語）　　　　　□　社会　　　□　数学　　　□　面接　　　□　実技検査　　□　作文令和　　年　　　月　　　日 　　 高等学校名校長氏名　　　　　　　 　　　　　 印 |

（注） 用紙はＡ４判とすること。

 ※ 取得した個人情報は、選抜業務の目的以外には使用しません。