様式７

実 技 検 査 免 除 願

 　　　　 令和 年　　月　　日

 佐賀県立　　　　　　　高等学校長　様

 　 学校名

 　 志願者氏名

 　 保護者氏名

　　　貴校への志願に当たり、下記のとおり実技検査の（一部・全部）の免除をお願いします。

 記

 　本人記入欄

|  |
| --- |
| 実技検査の免除内容及び免除を希望する理由 |

（注）１　医師の証明書等を添付すること。

　　　　２　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。