様式１９

|  |
| --- |
| 検 査 場 校 外 受 検 許 可 願 令和　　年　　月　　日佐賀県立　　　高等学校長　様　 　 受 検 番 号   　 在学（出身）学校名 　 志願者氏名 保護者氏名 　　 　 　　　　このことについて、下記理由により検査場校外受検を希望しますので、許可くださる　 ようお願いします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 記 １　 検査場校外受検の場所 ２　 理由（具体的に記述すること） |

（注）１　医師の証明書を添付すること。

　　　２　用紙はＡ４判を用いること。

 　　　　 ※ 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。