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。