追検査受検願　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別記様式第３号Ａ（Ａ４判縦長）

追検査受検願

令和　　年　　月　　　日

県立〇〇〇〇特別支援学校長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〇〇〇立〇〇〇〇〇学校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 校長 〇　〇　〇　〇　印

下記の生徒は、山形県立特別支援学校高等部入学者選考において本検査を受検できませんでした。

ついては、追検査の受検を希望していますので、よろしくお願いいたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受検番号 | 〇〇 | 志願者氏名 | 〇　〇　〇　〇 | |
| 本検査を受検できなかった理由  （右の欄に次の①又は②のいずれかを記入するとともに、下の欄に具体的な状況等を記入してください。）  　①　インフルエンザ等の感染症に罹患するなどし、本検査を受検できなかった  　②　真にやむを得ない理由により、本検査を受検できなかった | | | | 番号 |
|  |
|  | | | | |

※　医師の診断書又は、本検査を受検できない理由を証明する書類を添付すること。