**追検査受検願**

文書番号

令和　　年　　月　　日

　長崎県立虹の原特別支援学校長　様

〇〇〇学校長

(公印省略)

　貴校志願の本校生徒（卒業生）について、下記の理由により、追検査を受検させていただくようお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 志願者 | 受検番号 |  |
| 氏　　名 |  |
| 理　由 |  |

（注）１　追検査の対象となる者は、インフルエンザ等、本人に責任を帰さないやむを得ない理由によって、

本検査の一部又は全ての受検ができないと判断できる者に限る。

　　　２　理由の欄は、学力検査当日に受検ができなかった理由を具体的に記入すること。

　　　３　追検査受検願（本様式）と併せて、受検できなかった理由が正当であることを証明できる書類（医

師の診断書等）を添付して、中学校長（又は出身学校長）から虹の原特別支援学校長へ提出すること。

【令和７年１月１０日（金）１２：００まで】