(様式第25号)

 令和６年度島根県公立高等学校入学者選抜

 学力検査「追検査」受検願

令和　　年　　月　　日

　島根県教育委員会 様

　　　　　　　　　　　　ふ　り　が　な

 志願者　氏　　名

　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　現 住 所

在籍又は出身中学校等名

一般選抜受検番号

　　　　　　　　　　志願先高等学校

 　　　　　　　　 志 望 校 　 高等学校 科

 　志願者の保護者氏名

　私は，下記の理由により令和６年度島根県公立高等学校入学者選抜学力検査を受検できなかったので，学力検査「追検査」の受検を認めていただきますようお願いします。

 記

　　　学力検査が受検できなかった理由

　　　上記の理由に相違ないことを証明します。

令和　　年　　月 日

中学校等名

印

校長氏名

注：医師の診断書等を添付すること