　(様式Ⅰ)

令和６年度島根県公立高等学校入学者選抜

推薦選抜等 特例日（追検査日） 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

　 推薦選抜等受検番号

　　　　　　　　　　　志願先高等学校

　　　　　　　　 　 　　　　 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（ 推薦選抜 ・

特別選抜 ・ スポーツ特別選抜　）を受検できなかったので、特例日（追検査日）での

受検を認めていただきますようお願いします。

記

　　　推薦選抜当日に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

　　　　　　　　　　　　　　　　　校長氏名　　 　 　　 印

注：医師の診断書等を添付すること