

令和 年 月 日

高知県立高知ろう学校長 様

学校名：

校長名：

追 検 査 願

貴校志願の本校 生徒 ・ 卒業生 _____ は
下記により選考検査日に受検できないため、追検査の措置をとられるよう
お願いします。

記

追検査希望の理由

| |
|--|
| |
|--|

- 注 1 生徒・卒業生のいずれかを○で囲むこと。
2 高知ろう学校長は、この追検査願の記載内容のみでは十分に把握できないと
判断する場合には、別に医師の診断書等を求めることができる。