（様式９）

**追検査受検許可願書**

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　**特別支援学校長　様**

ふ　り　が　な

 　　　　　志願者氏名

保護者氏名

　 私は、保護者連署をもって、追検査の受検を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受検番号 |  |
| 　追検査を申請する理由 |  |
| 　上記志願者の追検査の申請について、相違ないことを副申します。 令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（学校名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（校長名）　　　　　　 　 印  |

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　**追検査受検許可書**　　　　　　　　　　（注１）志願者氏名　 　上記の者に追検査の受検を許可する。令和　　　年　　　月　　　日 　　（学校名）（校長名）　　　　　　　　　　　　　　印  |

（注１） 追検査受検許可書欄の志願者氏名についても志願者又は保護者が記入すること。

　　　　　　　　　　　　 **※ 取得した個人情報は、入学者募集業務の目的以外には使用しません。**