（様式104）Ａ４判

**追　検　査　受　験　願**

令和　４　年　３　月　10　日

高等学校長　様

※印は志願先高等学校を所管

する教育委員会で記入する。

|  |
| --- |
| ※ |

　　　　 志願者名

　　　　 受験番号

写　真　欄

１ 縦4.5㎝～5㎝、横3.5㎝～5㎝を原則とする。

２ 上半身､正面､無帽

３ 最近３か月以内の撮影によるものをはりつける。

４ 白黒、カラーを問　わない。

　　　　 保護者名

令和４年度大阪府公立高等学校入学者選抜実施要項等に示された理由に

より一般入学者選抜のすべての検査を受験できなかったため、追検査を

受験いたしたいのでお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人 |  ふりがな  |  現住所 〒連絡先℡：自宅・勤務先・携帯・（　　　 )―　　　　　― |
|  名前 |
|  昭和･平成 　年 月 日生 |
|  中学校 | 昭和・平成令和 | 　　　　　年　　　月 | 卒　業卒業見込み |
| 保護者 |  ふりがな |  本人との関係（ ） |
|  名前 |  現住所 |

　　　　　　　　　　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　 －　　 －　　　　）

　　出身中学校所在地

　　中学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　中学校等コード番号

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

　校長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

注：中学校等コード番号は中学校長が

該当する番号を記入する。