

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 _____

保護者名 _____

写 真 欄

- 1 縦4.5cm～5cm、横3.5cm～5cm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。

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 名 前	現住所 〒
	昭和・平成 年 月 日生	連絡先☎：自宅・勤務先・携帯・（ ） — —
	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 名 前	本人との関係（ ）
		現住所

出身中学校所在地 〒 _____	(電話 — —)
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。