（様式－高１０）

|  |
| --- |
| 追　検　査　受　検　願 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日 （宛先）　埼玉県立　　　　　　　　　　　　　　　　校長 　　　　　　　　　　　　　　 学校名　　　　　　　　　　　　　 　印 　　　　　　　　　　　　　　 校長氏名　　　　　　　　　　　　　　 　貴校を志願している本校生徒（卒業生）について、下記の事由により追検査の受検をさせていただくようお願いします。 |
| 志願者　受検番号　　　　　　　　　　　　　　　　志願者氏名　　　　　　　　　　　　　　 |
| 志願先　埼玉県立　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科 |
| 事由 |

備考１　追検査の対象となる者は、やむを得ない事情により、検査及び、面接をすべて欠席した志願者、または検査中に急な体調不良により、検査を継続することが難しいと判断された志願者に限る。

　　２　事由の欄は、受検できなかった事由を具体的に記入すること。