

(様式 17)

## 追 検 査 受 検 承 認 証

令和 4 年 月 日

(宛先)

中学校長 様

高等学校名 \_\_\_\_\_

校 長 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

下記の者の、追検査の受検を承認します。

記

受 検 番 号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(以下を切り取り受検生に渡してください)

## 追 検 査 受 検 承 認 証 (本人用)

受 検 番 号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

出身中学校名 \_\_\_\_\_

上記の者の、追検査の受検を承認します。

高等学校名 \_\_\_\_\_

校 長 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(備考)

- \* 追検査受検承認証(本人用)と受検票を追検査当日に持参すること。
- \* その他携行品については学力検査と同様である。