

後期（一般）選抜の追検査

受 検 願

令和 年 月 日
熊本県立高森高等学校長 様

入学志願者氏名 _____
(本検査受検番号 _____)

保護者氏名 _____

令和6年度（2024年度）熊本県立高等学校入学者選抜の後期（一般）選抜に出願しましたが、下記の理由により、追検査を受検させていただくようお願いします。

記

理 由	
--------	--

中学校長 証 明 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 中学校長 氏名 職印
-------------------	---

(注)

- 1 入学志願者が成人のときは、保護者氏名の記入は要しない。
- 2 理由を証明する書類（医師の診断書等）を添付すること。
- 3 「理由」欄は、受検できなかった理由を具体的に書くこと。