

後期（一般）選抜の追検査

受 檢 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7年度（2025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。