

追検査副申書

2010年2月 日

日ノ本学園高等学校長 様

下記の本校生徒については、インフルエンザなどのため、貴校の2010年度一次入試(本検査)を受検することができず、追検査(2月17日)の受検を希望しておりますので、受検を認めてくださるよう副申いたします。

記

受 検 番 号	受 検 生 氏 名

中 学 校 名 _____ 中学校

中学校長氏名 _____ 印

- ※注(1) 医師の診断書等の提出は不要です。
- (2) 現在、医療機関ではインフルエンザ検査を実施しない場合もあるので「インフルエンザなど」の中には、インフルエンザ様症状(発熱、咳、喉の痛み等)を含みます。
- (3) この副申書の提出は、2月12日(金)までにお願いします。

本校FAX番号 079-232-3420