

## 追 検 査 受 検 願

奈良県立\_\_\_\_\_高等学校長 殿

私はインフルエンザのため

- ・ 特色選抜（ 2月18日 ・ 2月19日 ）
- ・ 一般選抜
- ・ 十津川高等学校連携型中高一貫教育に関する入学者選抜
- ・ 大和中央高等学校定時制課程A選抜（ 2月18日 ・ 2月19日 ）
- ・ 大和中央高等学校定時制課程B選抜
- ・ 大和中央高等学校通信制課程選抜
- ・ 帰国生徒等特例措置

を欠席したので、追検査の受検を許可くださるようお願いいたします。

年 月 日

受 検 番 号 \_\_\_\_\_

志願者氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

注 1 特色選抜、一般選抜、十津川高等学校連携型中高一貫教育に関する入学者選抜、大和中央高等学校定時制課程A選抜、大和中央高等学校定時制課程B選抜、大和中央高等学校通信制課程選抜、帰国生徒等特例措置については、該当するものを○印で囲んでください。

注 2 特色選抜及び大和中央高等学校定時制課程A選抜については、（ ）内の月日についても、該当するものを○印で囲んでください。

注 3 医師の診断書等とともに提出してください。