

# 『特別選抜』追試験受験届 (様式2)

令和 年 月 日

加藤学園暁秀中学校長様

下記の受験生が貴校入学試験に出願しております。入学試験当日に、下記の症状が治癒していない等により、追試験を受験したく下記証明書と合わせて申請いたします。

出願試験種類

1/20 (土) 『特別選抜』 (中高一貫コース)

受験番号

ふりがな

受験生氏名

保護者氏名

⑩

追試日 1/24 (水) (時間割は 1/20 (土) に準じます。)

※追試は下記に医療機関が指定した治療観察期間内の日程では選択できません。

※医療機関証明書のないものは受領できません。

〈申請方法〉 1/20 (土) 9:00 までに電話で本校までお知らせください。

電話での連絡後、速やかに本用紙を本校へ郵送してください。

加藤学園暁秀中学校 410-0011 沼津市岡宮字中見代 1361-1

☎055-924-1900 Fax055-924-3303

## 医療機関証明書欄

加藤学園暁秀中学校長様

受診者氏名

病名 (状況)

治療観察期間 令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで

以上、診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

⑩