

# 追 試 験 受 験 願

令和 年 月 日

日本大学習志野高等学校長 様

受 験 番 号

志 願 者 氏 名

保 護 者 氏 名

印

下記により，追試験を受験したいので，承認して下さるようお願いします。

## 記

### 1 追試験の対象者となった理由

### 2 追試験の対象者となった理由を証明する書類

- (1) 医師の診断書（加療期間が明記されたもの）
- (2) 本試験不受験理由証明書

上記のことを了承していますので，お願いします。

令和 年 月 日

中学校長

印

## 注意

① 上記 1 については，本試験を受験することができず，追試験の対象者になった理由を具体的に記入する。

※ 追試験の対象者は，「令和 3 年度 生徒募集要項」7 頁参照

② 上記 2 の (1) 及び (2) については，該当する番号を○で囲み，この書類に添えて提出する。

なお，原則として，(1) を提出するものとする。しかし新型コロナウイルス濃厚接触者に該当する等，医師の診断書が提出できない場合は，(2) を提出すること。