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　　㊞

下記により，追試験を受験したいので，承認してくだ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，該当する番号を〇で囲み，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。