

追 検 査 申 請 書

五條市立西吉野農業高等学校長 殿

対象の選抜 _____

出願課程 定時制課程

学 科 農業科

受検番号 _____

出願者^{ふりがな}氏名 _____

保護者氏名 _____

上記の者は、 _____ のため受検できません
でしたので、追検査の適用を申請します。

年 月 日

学校名

校長氏名

注 受検できなかった理由を証明する書類(病気の場合は検査当日の医師の診断書)を添付して提出してください。