様式１２

追検査受検願

令和　　年　　月　　日

熊本県立宇土中学校長　様

入学志願者氏名

（受検番号　　）

保護者氏名

令和６年度（２０２４年度）熊本県立中学校入学者選抜に出願しましたが、下記の理由により、追検査を受検させていただくようお願いします。

記

理 由	

小学校長 証 明 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　　年　　月　　日 小学校長　　氏名　　職印

（注）１　理由を証明する書類（医師の診断書等）を添付すること。
　　２　「理由」欄は、受検できなかった理由を具体的に書くこと。