**追検査受検許可願書**

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

**佐賀大学教育学部附属中学校長　様**

ふ　り　が　な

 　　　　　志願者氏名

保護者氏名 　　 ㊞

　 私は、保護者連署をもって，追検査の受検を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受検番号 |  |
| 追検査を申請する理由 |  |
| 　上記志願者の追検査の申請について，相違ないことを副申します。 令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　学 校 名　　　　　　　　　　　　　　　　　校長氏名　　　　　　　 　 印 |

※ 取得した個人情報は，選抜業務の目的以外には使用しません。