

再学力検査受検願

平成 年 月 日

和歌山県立

高等学校長 様

学 校 名

校長氏名



下記の理由により、再学力検査を受検させていただくようお願いします。

記

受検番号	志願者氏名
理由	

----- 切取線(切り取らないで提出する。) -----

再学力検査受検許可書

平成 年 月 日

学校長 様

高等学校名

校長氏名



下記の者に、追募集と同日程で行われる再学力検査の受検を許可します。

記

受検番号

志願者氏名

