

追 検 査 申 出 書

令和 年 月 日

大阪府立だいせん聴覚高等支援学校長 様
追検査を受験いたしたいのでお願いします。

| | | |
|---------------|--------------------|-------|
| 本人 | ふりがな | 写真は不要 |
| | 名 前 | |
| | 〔昭和 ・ 平成〕 年 月 日生 | |
| | 学校 〔 卒業 ・ 卒業見込み 〕 | |
| 保護者 | ふりがな | 受験番号 |
| | 名 前 | |
| | 緊急連絡先 ー ー | |
| 志願先 高等支援学校 | 大阪府立だいせん聴覚高等支援学校 | 番 |
| | 配慮等に係る承認番号（※該当者のみ） | |
| 理由 | | |

| | | | |
|---------|---|-----|---|
| | 〒 | (電話 | — —) |
| 出身学校所在地 | | | |
| 学 校 名 | | | 中学校等コード番号 |
| 校 長 名 | | | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center; line-height: 20px;">印</div> </div> |

注：中学校等コード番号は中学校等校長が該当する番号を記入する。