

# 追 檢 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 名前	写真是不要
	[昭和・平成] 年 月 日生	
	学校 [ 卒業 ・ 卒業見込み ]	
保護者	ふりがな 名前	
	緊急連絡先 一 一	
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	受験番号
	配慮等に係る承認番号 (※該当者のみ)	番
理由		

〒 出身学校所在地	(電話) - - - )
学 校 名	中学校等コード番号
校 長 名	印
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。	