

# 追試験受験願

令和 年 月 日

熊本学園大学付属高等学校長 様

受 験 番 号 \_\_\_\_\_

受験生氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

令和9年度専願生入学試験に出願しましたが、下記の理由により、追試験を受験させていただきようお願いします。

記

|        |  |
|--------|--|
| 理<br>由 |  |
|--------|--|

上記の通り、相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

中学校名 \_\_\_\_\_

学校長名 \_\_\_\_\_

職印

(注) 1. 理由を証明する書類（医師の診断書等）を添付してください。

2. 「理由」欄は、受験できなかった理由を具体的に書いてください。