

令和8年度 入学者選抜検査欠席届及び追検査希望届

令和 年 月 日

柴田学園大学附属柴田学園高等学校
校長 荒城英子様

立

中学校

校長

(公印省略)

下記の理由により、令和8年度入学者選抜検査を欠席いたします。
尚、指定された日の追検査を希望いたしますので、この届出をもって報告いたします。

受検番号	
受検者名	
欠席理由	1. 学校感染症罹患及び疑いによる 2. 交通事故等やむを得ない事由による 3. その他体調不良による ※該当する番号を○で囲んでください。
受検種別 (追検査日)	・推薦選抜追検査について 推薦選抜追検査(1月19日)として 1) 希望する 2) 希望しない ・一般選抜追検査について 一般選抜追検査(2月16日)として 1) 希望する 2) 希望しない ※該当する番号を○で囲んでください。
記載責任者名	職責 氏名

《 注意事項 》

1. 受検当日、標記の理由により欠席する者がいる場合、上記届出用紙に必要事項を記入の上、検査当日まで郵送またはFaxでお送りください。
なお、受検当日までに郵送またはFaxができない場合、本校入学者選抜検査担当者までご連絡ください。(Tel0172-32-0135)
2. 追検査日の日程は、別日程になります。追検査の要項をご確認ください。
3. 追検査日(1月19日及び2月16日)における受検者の引率が必要な場合は保護者として下さい。
4. Faxを送信する際は、このままお送りください。(Fax 0172-32-9456)