

神奈川県公立高等学校入学者選抜 追加の検査に係る申請書

令和 年 月 日

立 高等学校長

中学校名

校長名

印

受検にあたって、実施する検査を受検しなかったことについて、次の事由により、追加の検査を受検させていただくようお願いします。

志願者	受検番号 _____ フリガナ 志願者氏名 _____ 保護者氏名 _____
事由	※ 次のいずれかにレ印を付ける <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染者と認定された <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染者の濃厚接触者と認定された (※ 連絡を受けた保健所若しくは保健福祉事務所の名称)
添付の証明書 (診断書等)	