

# 追試験(1月18日実施) 受験願

令和 年 月 日

静岡学園中学校長 様

保護者氏名 \_\_\_\_\_

下記により追試験を受験させてくださるようお願いいたします。

## 記

1. 受験番号 \_\_\_\_\_ 番 受験生氏名 \_\_\_\_\_

2. 理 由

3. 保護者連絡先

携帯番号 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

E-mail \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

(注)

- 1 本用紙は保護者が作成し、1月16日(木)12時までにFAXまたは持参してください。  
FAX: 054-200-0195 ※持参する場合は事務局窓口まで(平日8:00~16:30)
- 2 理由が病気の場合には医師の診断書、交通事情等の場合にはその証明書等を添え、  
欠席理由が正当であることを証明してください。
- 3 追試験の承認は本校からの電話連絡、またはメールをもって正式な回答とします。