

校 長	教 頭	教 頭	教務主任	教務主任	年次主任	担 任

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

茨城県立結城第二高等学校長 殿

学 籍 番 号 _____

生 徒 氏 名 _____

保 護 者 氏 名 _____ (印)

追 考 査 受 験 願

下記により追考査の受験をお願い申し上げます。

記

1 理由 (詳しく)

2 追考査を希望する科目

定期考査の実施日	科 目 名		
月 日 ()			
月 日 ()			
月 日 ()			
月 日 ()			

3 提出書類

受診証明書 忌引届 その他 ()