

本検査不受検理由証明書

年 月 日

高等学校長 様

受 検 番 号

志願者氏名

保護者氏名

印

下記のとおり、本検査を受検することができなかった理由を証明します。
また、下記のとおり相違ないことを誓約します。

記

本検査を受検することができなかったやむを得ない理由

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

注意

- 1 医師の診断書が提出できる場合には、医師の診断書（加療期間が明記されたもの）を提出する。その場合は、本証明書の提出は不要。
- 2 中学校等に在籍する者については、様式 19 の(1)で作成する。
- 3 罹患した疾患名、症状、発症期間等、本検査を受検することができなかったやむを得ない理由を具体的に記入することに加え、医師の診断書を提出できない理由を記入する。