

追 考 査 受 験 願

年 月 日

埼玉県立所沢中央高等学校長 様

第 学年 組 番

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

私は、下記の理由により、下記科目の定期考査を受験しませんでした。

つきましては、追考査を受験したく、お願い致します。

記

受験できなかった科目	科目担当	四科目以上ある場合はこちらに記入
	教諭	
	教諭	
	教諭	
	教諭	
受験できなかった理由		