様式：般４（Ａ４判縦型）

**特　別　受　検　願**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　盛岡市立高等学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（志願者氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者氏名）

　　下記のとおり、特別受検の取扱いをお願いします。

記

　１　特別受検の事由（病気、視覚、聴覚、その他身体の障がい等）

　２　特別受検の内容（特別受検室での受検希望等）

　３　添付書類（健康診断票の写し、又は医師の診断書等）

　　　上記のとおり相違なく、特別受検の取扱いが必要であることを証明します。

　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（中学校名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (校 長 名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　印