様式志－５

**追検査理由申立書**

**（月経随伴症状による体調不良用）**

令和　　年　　月　　日

岩手県立　　高等学校長　様

（受検番号）

（志願者氏名）

（中学校名）

（保護者氏名）

本検査を受検できなかった理由について、下記のとおり申し立てます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 本検査を受検できなかった理由 |  |

|  |
| --- |
| 中学校証明欄 |
| 上記申立があったことを証明します。令和　　年　　月　　日（中学校名）（校 長 名） 印 |