

追 試 験 願

令和 年 月 日

学校法人松柏学院
倉吉北高等学校長 様

中学校名

校長氏名

印

下記の生徒は、貴校の入学者選抜試験を感染症罹患等のため受験できませんでしたので、追試験をお願いします。

記

志望コース・科

生徒氏名
