

# 追選考受検願

令和 年 月 日

福島大学附属小学校長 様

受検番号 \_\_\_\_\_ 番

入学応募者 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

インフルエンザ等学校感染症罹患に対する追選考の受検について  
許可願います。

追選考受検願提出理由

-----  
-----  
-----

本応募者について、インフルエンザ等学校感染症罹患に対する追選考の受検を認めます。

令和 年 月 日

福島大学附属小学校長 佐藤 佐敏 印