（様式 1）

追 試 験 受 験 願

令和　　　年　　　月　　　日

金沢学院大学附属高等学校長　様

出身中学校名　　　　　立　　　　　中学校

受 験 番 号

志 願 者 氏 名

保 護 者 氏 名　　　　　　　　　　印

下記の理由により、追試験の受験を希望いたします。

理由　　1　新型コロナウィルス感染症に罹患

　　　　2　新型コロナウィルス感染症に罹患の疑い

上記について相違ないことを証明します。

中学校長　　印

（注）

1. 追試験の対象者は令和５年度推薦入学試験合格者または一次入学試験志願者で、次のいずれかの項目に該当する者です。
   - ア、新型コロナウィルス感染症に罹患し、試験日までに医師が治癒したと診断していない者
   - イ、試験直前に保健所等から濃厚接触者に該当するとされた者
2. 「理由」については、該当する理由の番号を〇で囲んでください。