

(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 新型コロナウイルス感染症に罹患

2 インフルエンザに罹患

3 その他感染症（ ）に罹患

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8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、新型コロナウイ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、インフルエンザに罹患し、試験日までに医師が治癒したと診断していない者
2. 「理由」については、該当する理由の番号を○で囲んでください。