

# 再 試 験 受 験 願

令和 年 月 日

利根沼田学校組合立利根商業高等学校長 様

第 学年 組 番

生 徒 氏 名

保護者 氏 名 ㊟

下記の理由により定期試験が受験できませんでしたので、再試験を受験させていただきたく、保護者連署のうえお願いいたします。

## 記

1 学期及び試験

第 [ 1 ・ 2 ・ 3 ] 学期 [ 中 間 ・ 期 末 ・ 学 年 末 ] 試験

2 理 由 (※病気等の場合、受診を証明する書類のコピーを裏面に貼付)

3 再受験科目及び担当教諭

科 目 名	担当教諭	科 目 名	担当教諭

受診を証明する書類（診断書・処方箋・レシート等）のコピー貼付欄