追 検 査 願 書

　 令和　　年　　月 日

愛知県立大府もちのき特別支援学校長　殿

本人氏名

保護者氏名

下記の理由により追検査を受けたいので、診断書（証明書）を添えてお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 理　由 |  | | |
| 本　人 | ふりがな |  | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 |  | 平成 年 月 日生 |
| 現住所 | （〒　　－　　　） | |
| 出身学校 | 学校  令和 　 年 　月　　卒業見込 | |
| 保護者 | 氏 名 |  | |
| 現住所 | （〒　　－　　　）    (℡ ) | |

上記の記載事項に誤りはありません。

令和　　年　　月 日

出身学校所在地

学校名・校長氏名