代替入試受験願

令和　　年　　月　　日

高崎健康福祉大学高崎高等学校
校　長　　加　藤　陽　彦　様

出願区分＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受験番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

中学校名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受験生氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

学校長名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

下記の事由により、入学試験の受験ができませんでしたので代替試験受験の許可を下さるようお願い致します。

記

入試欠席事由

以上

すべて記名押印の上、2027 年 1 月 20 日（水）16 時までに、窓口持参あるいは郵送（必着）でご提出ください。窓口持参の場合は 1 月 18 日（月）～20 日（水）の 9：00～16：00 でお願いします。

高崎健康福祉大学高崎高等学校
Takasaki University of Health and Welfare High School