

令和 年 月 日

令和9年度熊本高等専門学校入学者選抜  
追試験受験申請書

熊本高等専門学校長 殿

フリガナ  
志願者 氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日生 ( \_\_\_\_歳)  
保護者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
電話 \_\_\_\_\_

追試験の受験を下記理由により申請します。

記

1. 受験番号 \_\_\_\_\_

追試験種別  推薦選抜  推薦選抜 (連携プログラム)  
 学力選抜  社会人特別選抜

2. 医療機関記入欄

上記の者が、感染症に罹患し、学校保健安全法施行規則に基づく出席停止期間は下記のとおりであることを証明いたします。

感染症の種類	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> インフルエンザ (A型・B型) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> その他の感染症 ( _____ )
初診日	令和 ____年 ____月 ____日
出席停止期間	令和 ____年 ____月 ____日 ~ ____月 ____日

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印