

様式 1

受 検 上 の 配 慮 願

令和 年 月 日

静岡大学教育学部附属静岡中学校長 様

立 小学校長

印

受検番号 () (ふりがな) 受検者氏名 _____ 性別 ()

(ふりがな) 保護者氏名 _____

下記のとおり、学力検査及び面接等の受検上の配慮をお願いします。なお、他の受検生への影響も考慮して、最終的な判断は中学校に一任します。

記

1 配慮を希望する理由（具体的な傷病等や程度など）

2 配慮を希望する事項・内容 ※希望するものに○をつける。複数可。

- () 別室での受検を希望します。
() 面接時間の変更を希望します。
() その他、以下の配慮を希望します。

希望する配慮内容（器具の持込み 等）

- (注) 1 本用紙は、該当受検者が在籍する小学校長が、保護者の協力のもとに作成する。医師の診断書の添付は必要としない。
2 本用紙は、複写（コピー）して使用してもよい。
3 学力検査前日までに、本用紙を厳封の上、該当児童の保護者に渡し、保護者は検査当日朝、中学校へ提出する。
4 本用紙は、在籍小学校の校長氏名、捺印のない場合は無効とする。