

(医療機関等記入用)

令和 年 月 日

令和3年度鳥羽商船高等専門学校入学者選抜  
追試験受検申請書

鳥羽商船高等専門学校長 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 \_\_\_\_\_

追試験の受検を下記理由により申請します。

記

1. 試験区分 推薦(特別)、推薦(一般)、学力、帰国子女  
(いずれかに○をしてください。)

受検番号 \_\_\_\_\_  
受検学科 \_\_\_\_\_ 学科

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