検査会場等変更願

平成　　　年　　月　　日

　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名

|  |  |
| --- | --- |
| 校長名 | 公印 |

　入学者選考に係る検査会場等について、下記の理由により、検査会場、日時の変更をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 氏　　　　名 |  |
|  |  |
| 希望検査会場 |  |
|  |  |