

太枠内を記入し、担当者のご捺印をしてください。

※FAX 番号の押し間違いには十分ご注意ください。

FAX 送信先 03-5812-8345

検 定 日	年 月 日	マイページ ID	
団 体 名		電 話 番 号	— —
担 当 者 名	印	FAX 番 号	— —

階 級	受検番号	氏 名	欠 席 理 由	1次 / 2次 のみ志願者
級			1. 公式大会への出場 (種目名) 2. 感染症の感染 (病名) 3. 忌引き	<input checked="" type="checkbox"/>
級			1. 公式大会への出場 (種目名) 2. 感染症の感染 (病名) 3. 忌引き	<input checked="" type="checkbox"/>
級			1. 公式大会への出場 (種目名) 2. 感染症の感染 (病名) 3. 忌引き	<input checked="" type="checkbox"/>
級			1. 公式大会への出場 (種目名) 2. 感染症の感染 (病名) 3. 忌引き	<input checked="" type="checkbox"/>
級			1. 公式大会への出場 (種目名) 2. 感染症の感染 (病名) 3. 忌引き	<input checked="" type="checkbox"/>

お預かりした個人情報は、検定のお申し込みの際にご同意くださった「個人情報の取り扱いについて」の利用目的の範囲内で適切に取り扱います。

特別欠席同意書(コピーしてお使いください。)

公益財団法人 日本数学検定協会 行

記入日： 年 月 日

実用数学技能検定 特別欠席同意書

【 】内のどちらかに○をつけてください。

私は、【忌引き・学校保健安全法に定められている病気(病名:)】のため、今回の実用数学技能検定を欠席したことを、公益財団法人日本数学検定協会へ伝えることに同意します。また、欠席理由が「学校保健安全法に定められている病気」の場合、公益財団法人日本数学検定協会より求められれば、診断書の提出にも同意します。

本人、または保護者署名： 印

受検番号：

生年月日： 年 月 日

(※診断書の提出は当協会において判断が難しい病名の場合に限ります)