

学業推薦書

令和 年 月 日

上越高等学校長 様

中学校名 _____ 中学校

校長名 _____ 印

下記の生徒は、貴校の推薦入試基準を満たしているので推薦します。

記

生徒氏名	(男・女)		
9教科 3年間の 評定平均 (小数第2位を四捨五入)		取得検定 (準2級以上)	()検定 ()級
希望特別奨学金	I種・II種		

- (注) ① ※印の欄に受験番号を記入してください。
② 希望特別奨学金については、該当するものに○をつけてください。
③ 年度末に給付継続の審査を行います。学業不振が続く、あるいは学校生活上著しく問題が生じた場合は、資格を失い、特別奨学金の返済を求められることもあります。

担任名 _____ 印

スポーツ推薦書

令和 年 月 日

上越高等学校長 様

中学校名 _____ 中学校

校長名 _____ 印

下記の生徒は、貴校の推薦入試基準を満たしているので推薦します。

記

生徒氏名	(男・女)
推薦する部活動 (該当に○)	野球 柔道 卓球 剣道 男子サッカー 女子バレーボール
大会成績 技能等	正確に記入ください。
希望特別奨学金	I種・II種

- (注) ① ※印の欄に受験番号を記入してください。
② 希望特別奨学金については、該当するものに○をつけてください。
③ 年度末に給付継続の審査を行います。学業不振が続く、あるいは学校生活上著しく問題が生じた場合は、資格を失い、特別奨学金の返済を求めることもあります。

担任名 _____ 印

誓約書

令和 年 月 日

上越高等学校長 様

中学校名 _____ 中学校

生徒名 _____ (男・女)

保護者名 _____ 印

生徒は、中学生時に貴校スポーツ専願入試対象の活動に真面目に取り組んできました。貴校入学後も同じ部活動を引き続き3年間、励むことを誓約します。

記

活動種目 (該当に○)	野球 柔道 卓球 剣道 男子サッカー 女子バレーボール
所属していた団体 (該当に○)	中学校の部活 クラブチーム()
出場した大会や 主な記録	

- (注) ①※印の欄に受験番号を記入してください。
 ②「所属していた団体」がクラブチームの場合は、チーム名を()に記入ください。
 ③年度末に給付継続の審査を行います。約束不履行、学業不振が続く、あるいは学校生活上著しく問題が生じた場合は、資格を失い、部活動奨励金の返済を求めることもあります。

特別奨学金申請書

令和 年 月 日

上越高等学校長 様

中学校名 _____ 中学校

保護者名 _____ 印

下記の生徒は、貴校特別奨学金制度の基準を満たしているので申請します。

記

生徒氏名	(男・女)		
9教科 3年間の 評定平均 (小数第2位を四捨五入)		取得検定 (準2級以上)	()検定 ()級
希望特別奨学金	I種・II種		

- (注) ① ※印の欄に受験番号を記入してください。
② 希望特別奨学金については、該当するものに○をつけてください。
③ 年度末に給付継続の審査を行います。学業不振が続く、あるいは学校生活上著しく問題が生じた場合は、資格を失い、特別奨学金の返済を求めることもあります。

担任名 _____ 印

兄弟姉妹優遇申請書

令和 年 月 日

上越高等学校長 様

中学校名 _____ 中学校

生徒名 _____ (男・女)

保護者名 _____ 印

生徒は、貴校兄弟姉妹優遇制度の基準を満たしているので申請します。

記

兄・姉氏名	(男・女) 令和5年4月現在 上越高等学校()学年
-------	-------------------------------

(注) ※印の欄に受験番号を記入してください。

令和5年度 上越高等学校入学試験 健康チェックシート

以下の項目をすべて記載し、入学試験当日の受付で提出してください。

受験番号		氏名	
------	--	----	--

確認結果のチェック欄は、受験者本人が記入しても構いませんが、必ず保護者が確認してください。

	確認項目（当日の朝の状態を確認してください）	確認結果	
A	発熱の症状がある（37.5℃以上）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	息苦しさ（呼吸困難）がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	強いだるさ（倦怠感）がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
B	味を感じない（味覚障害がある）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	臭いを感じない（嗅覚障害がある）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	咳の症状が続いている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	咽頭痛が続いている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	下痢をしている（持病や食あたりなど新型コロナウイルス感染症以外の原因が推測されるものを除く）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	過去2週間以内に、同居している者で医療機関を受診して新型コロナウイルス感染症の罹患が疑われ、かつその疑いが否定されないまま症状が続いている者がいる。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ



A欄で1項目以上、又は、B欄で2項目以上該当する場合は追試験になります。

確認者名（自署）

※必ず保護者のご署名をお願いします。