



第 1 問

|     |                                |   |
|-----|--------------------------------|---|
| 問 1 | <input type="text" value="1"/> | 4 |
| 問 2 | <input type="text" value="2"/> | 3 |
| 問 3 | <input type="text" value="3"/> | 4 |
| 問 4 | <input type="text" value="4"/> | 2 |
| 問 5 | <input type="text" value="5"/> | 1 |
| 問 6 | <input type="text" value="6"/> | 5 |
| 問 7 | <input type="text" value="7"/> | 2 |
| 問 8 | <input type="text" value="8"/> | 5 |

第 4 問

|     |                                 |   |
|-----|---------------------------------|---|
| 問 1 | <input type="text" value="25"/> | 4 |
| 問 2 | <input type="text" value="26"/> | 4 |
| 問 3 | <input type="text" value="27"/> | 1 |
|     | <input type="text" value="28"/> | 3 |
| 問 4 | <input type="text" value="29"/> | 5 |
| 問 5 | <input type="text" value="30"/> | 3 |
|     | <input type="text" value="31"/> | 2 |
|     | <input type="text" value="32"/> | 5 |

第 2 問

|     |                                 |   |
|-----|---------------------------------|---|
| 問 1 | <input type="text" value="9"/>  | 2 |
| 問 2 | <input type="text" value="10"/> | 2 |
| 問 3 | <input type="text" value="11"/> | 3 |
| 問 4 | <input type="text" value="12"/> | 5 |
| 問 5 | <input type="text" value="13"/> | 3 |
| 問 6 | <input type="text" value="14"/> | 1 |
| 問 7 | <input type="text" value="15"/> | 3 |
|     | <input type="text" value="16"/> | 3 |

第 3 問

|     |                                 |   |
|-----|---------------------------------|---|
| 問 1 | <input type="text" value="17"/> | 5 |
| 問 2 | <input type="text" value="18"/> | 3 |
| 問 3 | <input type="text" value="19"/> | 1 |
| 問 4 | <input type="text" value="20"/> | 4 |
| 問 5 | <input type="text" value="21"/> | 5 |
| 問 6 | <input type="text" value="22"/> | 2 |
|     | <input type="text" value="23"/> | 4 |
| 問 7 | <input type="text" value="24"/> | 5 |

※印には記入しないでください。

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <input type="text" value="1"/> | ※ |
| <input type="text" value="2"/> | ※ |
| <input type="text" value="3"/> | ※ |
| <input type="text" value="4"/> | ※ |

|      |      |
|------|------|
| 科目名  | 受験番号 |
| 生物基礎 |      |

|    |
|----|
| 得点 |
| ※  |

|      |      |     |
|------|------|-----|
| 科目名  | 受験番号 | 氏 名 |
| 生物基礎 |      |     |

受験番号は 2 か所とも記入してください。