

1	(1)	35.039
	(2)	0.35
	(3)	$\frac{16}{21}$
	(4)	$\frac{2}{3}$
	(5)	$\frac{12}{35}$
	(6)	$\frac{5}{2}$
	(7)	$\frac{2}{9}$
	(8)	4
	(9)	19
	(10)	48

1	(11)	$2x - 67$
	(12)	$\frac{3x + 16}{12}$
2	(13)	6
	(14)	7
3	(15)	75
	(16)	60
4	(17)	3 : 4
	(18)	5 : 4
5	(19)	10
	(20)	21

6	(21)	$(x=)$	-3
	(22)	$(x=)$	-5
7	(23)		181 (g)
	(24)		14
	(25)		1
	(26)		33.5
	(27)		76
	(28)	$(y=)$	-5x
	(29)	$(y=)$	-9
	(30)		AB // DC, AD // BC

※自分が受検する階級の解答用紙であるか確認してください。太わくの部分は必ず記入してください。

ここに1次検定用のバーコードシールを貼ってください。

ふりがな	受検番号
姓 名	-
生年月日	年 月 日 生
性別 (<input type="checkbox"/> をぬりつぶしてください)	年齢 歳
住所	

30



1	(1)	40 cm
	(2)	20 (枚)
2	(3)	24 cm ²
	(4)	90 cm ²
3	(5)	5 (人)
	(6)	60 (%)
4	(7)	$\frac{22}{15}$ (倍)
	(8)	$\frac{4}{3}$ km
5	(9)	78.5 cm ²
	(10)	1570 cm ³

5	(11)	12 cm																										
	(12)	68 - x (L)																										
	(13)	12 + x (L)																										
6	(14)	$68 - x = 3(12 + x)$ $68 - x = 36 + 3x$ $-4x = -32$ $x = 8$ (答え) 8 L																										
	(15)	③, ⑤																										
7	(16)	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>x</td> <td>...</td> <td>-4</td> <td>-3</td> <td>-2</td> <td>-1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>y</td> <td>...</td> <td>1</td> <td>$\frac{4}{3}$</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>×</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>x</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>...</td> </tr> <tr> <td>y</td> <td>-4</td> <td>-2</td> <td>$-\frac{4}{3}$</td> <td>-1</td> <td>...</td> </tr> </table>	x	...	-4	-3	-2	-1	0	y	...	1	$\frac{4}{3}$	2	4	×	x	1	2	3	4	...	y	-4	-2	$-\frac{4}{3}$	-1	...
	x	...	-4	-3	-2	-1	0																					
y	...	1	$\frac{4}{3}$	2	4	×																						
x	1	2	3	4	...																							
y	-4	-2	$-\frac{4}{3}$	-1	...																							
8	(17)	0.3																										
	(18)	45 (人)																										
9	(19)	101																										
	(20)	318 (行めの) 3 (列め)																										

※自分が受検する階級の解答用紙であるか確認してください。太わくの部分は必ず記入してください。

ここに2次検定用のバーコードシールを貼ってください。	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">ふりがな</td> <td style="width: 30%;">姓</td> <td style="width: 30%;">名</td> <td style="width: 10%;">受検番号</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">—</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>大正</td> <td>昭和</td> <td>平成</td> </tr> <tr> <td>西暦</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日生</td> </tr> <tr> <td>性別 (<input type="checkbox"/> をぬりつぶしてください)</td> <td>男 <input type="checkbox"/></td> <td>女 <input type="checkbox"/></td> <td>年齢 歳</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="3"> □□□□-□□□□ </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: right;">20</td> </tr> </table>	ふりがな	姓	名	受検番号				—	生年月日	大正	昭和	平成	西暦	年	月	日生	性別 (<input type="checkbox"/> をぬりつぶしてください)	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	年齢 歳	住所	□□□□-□□□□				20		
ふりがな	姓	名	受検番号																										
			—																										
生年月日	大正	昭和	平成																										
西暦	年	月	日生																										
性別 (<input type="checkbox"/> をぬりつぶしてください)	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	年齢 歳																										
住所	□□□□-□□□□																												
	20																												

