

# 地理 B 解答用紙

〔Ⅰ〕

問 2	A	B	C	D
問 3	A	B	C	D
問 4	A	B	C	D
問 6	A	B	C	D
問 7	A	B	C	D

〔Ⅱ〕

問 6	(あ)	A	B	C	D				
問 7	(い)	A	B	C	D	E	F	G	H
	(う)	A	B	C	D	E	F	G	H
問 8	(え)	A	B	C	D	E	F	G	H
	(お)	A	B	C	D	E	F	G	H

〔Ⅲ〕

問 1	A	B	C	D	
問 2	A	B	C	D	
問 3	A	B	C	D	
問 4	A	B	C	D	
問 5	①	A	B	C	D
	②	A	B	C	D
問 6	①	A	B	C	D
	②	A	B	C	D
問 7	A	B	C	D	
問 8	A	B	C	D	

〔Ⅳ〕

問 1	A	B	C	D
問 2	A	B	C	D
問 3	A	B	C	D
問 4	A	B	C	D
問 8	A	B	C	D
問 9	A	B	C	D
問 10	A	B	C	D

も

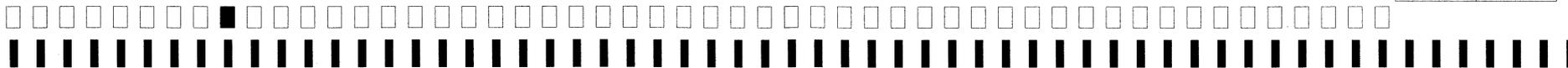
## 地理 B

座席番号

氏名

注意事項  
 あなたの座席番号は印刷されています。座席番号が正しいかどうか、受験票と照合して下さい。

裏面に続く





〔 I 〕

問 1	( 1 )											
	( 2 )											
	( 3 )											
問 5	,											
問 8												

〔 II 〕

問 1	
問 2	
問 3	
問 4	
問 5	

〔 IV 〕

問 5	
問 6	
問 7	

(※ この枠内には記入しないこと)

〔 II 〕

問 1	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	問 2	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	問 3	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
0	1																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
0	1																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
問 4	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	問 5	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
0	1																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
0	1																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																

※ この枠内には記入しないこと

〔 I 〕

問 1 ( 1 )	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	問 1 ( 2 )	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	問 1 ( 3 )	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
0	1																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
0	1																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
問 5	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	問 8	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
0	1	2															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
0	1	2															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

〔 IV 〕

問 5	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	問 6	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	問 7	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
0	1																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
0	1																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																

