

転入学願

貴校の 科第 学年に転入学したいので御許可くださいますようお願いいたします。

平成 年 月 日

熊本県立第二高等学校長 様

志 願 者	ふりがな		性 別		保 護 者	氏 名	Ⓜ
	氏 名						
	生年月日	平成 年 月 日		都 道 府 県		市 郡	
	生活の本拠	都 道 府 県	市 郡	生活の本拠			
					連絡先	— —	

学 歴 及 び 職 歴

平成 年 月 日	小学校第 6 学年卒業
平成 年 月 日	中学校第 3 学年卒業
平成 年 月 日	
平成 年 月 日	
平成 年 月 日	
平成 年 月 日	
転入学希望理由	

記入上の注意

- 1 都・道・府・県等は、該当文字を○で囲むこと。
- 2 志願者氏名は必ず本人が書くこと。
- 3 入学志願者が成年者のときは、保護者の欄の記載を要しないが、志願者氏名欄に押印すること。
- 4 転入学希望理由は具体的に詳述すること。